

# RAJAPINTATYÖ KUNTOUTUKSEN OH- JAUKSENA PITKÄNIEMEN PSYKIATRI- SESSA SAIRAALASSA

Matias Pajala

Opinnäytetyö  
Marraskuu 2012

Kuntoutusohjaus ja -suunnittelu  
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala.



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU  
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) PAJALA, Matias	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 9.11.2012
	Sivumäärä 41+2	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus ( ) saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi RAJAPINTATYÖ KUNTOUTUKSEN OHJAUKSENA PITKÄNIEMEN PSYKIATRISSESSA SAIRAALASSA		
Koulutusohjelma KUNTOUTUSOHJAUS- JA SUUNNITTELU		
Työn ohjaaja(t) ROIVAS, Terttu		
Toimeksiantaja(t) PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPIIRI, TA5, PPSA, TAMMENTIE TARJA		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli ottaa selville Pitkäniemen sairaalan rajapintatyöryhmän (RAPI) mielenpitoja työtavoista, kehitystarpeista sekä tulevaisuuden näkymistä. Saatua informaatiota oli tarkoitus verrata kuntoutuksen ohjauksen keskeisiin työskentelyperiaatteisiin ja havainnoida psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulevaisuuden tarpeita muuttuvassa sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä. Opinnäytetyön toimeksiantajana oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin, psykiatrian toimialueen (TA5), Rajapintatyöryhmä. Rajapintatyöryhmä sijoittuu Pitkäniemen sairaalassa rakennukseen 11.</p> <p>Opinnäytetyöni tiedonkeruumenetelmänä toimivat rajapintatyöryhmän henkilöstön teemahaastattelut. Teemat kysymyksiin rakennettiin rajapintahankeraportista, sekä kuntoutuksen ohjauksen pääperiaatteiden yhtenevistä teemoista. Opinnäytetyön tulosten sisältö koostuu kolmesta eri osa-alueesta: teoriatiedosta, haastatteluiden tuloksista, sekä pohdinnoista, joissa eri osa-alueiden sisältöjä vertaillaan ja analysoidaan. Teemahaastatteluiden tulokset jakaantuivat rajapintatyöstä löydetäisiin ilmiöihin, vahvuuksiin, ongelmiin, sekä kehittämistarpeisiin.</p> <p>Tulokset toivat esiin psykiatrisen laitoshoidon ja avohuollon rajapinnassa tapahtuvia ilmiöitä. Haastatteluiden tulokset kertovat perhetyön tarpeesta, pirstaleisesta mielenterveystyön palvelurakenteesta, kuntoutuksen suunnittelun tärkeydestä, kuntoutuksen seurannan ongelmakohdista ja moniammatillisen työryhmän tehokkuudesta osana laadukasta mielenterveystyötä. Tuloksiin on kiteytetty myös haastateltavien visioita psykiatrisen laitoshoidon tulevaisuudesta ja sen nykyisestä tarpeellisuudesta.</p> <p>Jatkotutkimus- ja kehittelytarpeet syntyivät tulosten mukaan suurimpien ongelmien lähtökohdista; näitä ovat yhteistyön ja kuntoutuksen seuranta, sekä sen merkitys mielenterveyspotilaan kokonais-kuntoutuksessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Rajapintatyö, kuntoutuksen ohjaus, mielenterveystyö, psykiatrisen erikoissairaanhoido		
Muut tiedot		



Author(s) PAJALA, Matias	Type of publication Bachelor's thesis	Date 9.11.2012
	Pages 41+2	Language Finnish
	Confidential  ( ) Until	Permission for web publication ( X )
Title WORK BETWEEN INPATIENT AND OUTPATIENT CARE AS REHABILITATION COUNSELLING IN PSYCHIATRIC HOSPITAL OF PITKÄNIEMI		
Degree Programme Rehabilitation Counselling		
Tutor(s) ROIVAS, Terttu		
Assigned by PIRKANMAA HOSPITAL DISTRICT, TURF 5, PPSA, TAMMENTIE TARJA		
<p>Abstract</p> <p>The aim of this Bachelor's thesis was to chart the opinions of the interface team about working methods, development needs and future views. The Interface team is a team who works in the interface between inpatient and outpatient care with patients who need intensive psychiatric care but do not need to be hospitalised. The purpose was to compare the obtained information with the key working methods of rehabilitation counselling and to observe the future needs of the special mental health care in the ever-changing social and health care system. The assignment for this thesis was given by the Interface work team at the Pirkanmaa Hospital District, Psychiatric Sector (turf 5). The Interface team is located at the Pitkäniemi Psychiatric Hospital, building 11.</p> <p>The data collection method of this thesis was a theme interview of the staff of the Interface work team. The themes of the questions were derived from the project report on earlier interface work, as well as from themes congruent with the principles of rehabilitation counselling. The results of this thesis consist of three different sections: the theory, the results of the interviews, and the speculations on different topics that were compared and analysed. The results of the Interface work team interviews were split into phenomena, strengths, problems and development needs.</p> <p>The results brought out phenomenas that are happening in the interface between inpatient and outpatient care. The interview findings highlighted the importance and necessity of family work, the fragmentariness of mental health service structure, the importance of rehabilitation planning, the problem spots of monitoring the rehabilitation, and the performance of the multi-professional team as part of high-quality mental health services. In the results, the views of some of the interviewees about the future of institutional mental health care and its necessity at present were also discussed.</p> <p>Suggestions for further research and development needs were created according to major problems found monitoring the co-operation and rehabilitation, as well as its role in the patient's overall mental health rehabilitation.</p>		
Keywords  Interface work, rehabilitation counselling, mental health work, psychiatric special health care		
Miscellaneous		

## SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>3</b>
<b>2 TUTKIMUKSEN TAUSTAT.....</b>	<b>4</b>
<b>3 KÄSITTEET .....</b>	<b>5</b>
<b>4 KUNTOUTUS PSYKIATRIASSA.....</b>	<b>6</b>
<b>5 RAJAPINTATYÖ PITKÄNIEMEN SAIRAALASSA .....</b>	<b>7</b>
5.1 YLEISPIIRTEET.....	8
5.2 MIELENTERVEYSTYÖN PERIAATTEET JA SUOSITUKSET .....	9
5.3 YKSILÖKOHTAINEN PALVELUOHJAUS.....	11
5.4 MONIAMMATILLINEN TYÖ .....	13
5.5 KUNTOUTUKSEN SUUNNITTELU, TOTEUTUS JA SEURANTA .....	13
5.6 LAITOSHOIDON TULEVAISUUS.....	15
<b>6 TUTKIMUSMENTELMÄT JA KOHDERYHMÄ.....</b>	<b>17</b>
<b>7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....</b>	<b>19</b>
<b>8 AIKATAULU .....</b>	<b>22</b>
<b>9 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....</b>	<b>23</b>
<b>10 POHDINTA.....</b>	<b>26</b>
10.1 TULOKSET.....	27
<b>11 LÄHTEET.....</b>	<b>39</b>
<b>12 LIITTEET.....</b>	<b>42</b>
LIITE 1. SAATEKIRJE HAASTATELTAVILLE.....	42
LIITE 2. SUOSTUMUSLOMAKE.....	43

## KUVIOT

KUVIO 1. KUNTOUTUSPROSESSI PÄÄTÖKSENTEKOPROSESSINA .....	14
KUVIO 2. LITTEROINNIN VAIHDEIDEN HAVAINNOINTI .....	19

<b>TAULUKOT.....</b>	<b>34</b>
TAULUKKO 1. AIKATAULUHAVAINNOIJA .....	34
TAULUKKO 2. TEEMAT, KYSYMYKSET JA AINEISTON PURKU (VAIHE 1) .....	35
TAULUKKO 3. TIIVISTÄMINEN ILMIÖIHIN (VAIHE 2) .....	36
TAULUKKO 4. TIIVISTÄMINEN ILMIÖISTÄ ELEMENTTEIHIN (VAIHE 3) .....	37
TAULUKKO 5. ASIAKOKONAISUUKSIEN SEGMENTIT KAIKISTA VASTAUKSISTA (VAIHE 4).....	38

# 1 JOHDANTO

Viimeisen kahden vuosikymmenen aikana on tapahtunut suuria muutoksia mielenterveyspalveluiden rakenteellisten ja hallinnollisten järjestelmien parissa. Vuonna 1991 somaattinen erikoissairaanhoito ja psykiatrinen erikoissairaanhoito yhdistettiin hallinnollisesti sairaanhoitopiireiksi. 1990-luvun alussa siirtyi suurempi vastuu sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisessä kunnille, ja jo 1980-luvulla alkoi laitოსvaltaisen hoitomuodon painottaminen avohuoltopainotteisemmaksi. Nyt 2000-luvulle tultaessa ovat mielenterveyspalveluita leimanneet hajautuneisuus, kirjavat palvelukokonaisuudet, sekä koordinaation puute. Avohoito ja peruspalvelut toimivatkin nyt uuden vuosituhannen avainsanoina. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 16–19.)

Psykiatrisesta sairaalahoidosta Tampereella huolehtii Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Suurin osa psykiatrisista sairaalahoitopalveluista ostetaan Tampereen yliopistollisesta sairaalasta psykiatrian toimialueelta, eli käytännössä Pitkäniemen sairaalasta. (Wahlbeck ym. 2009, 26.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toimialueella oli ollut pitkään tilanne, jossa potilaita jouduttiin hoitamaan ylipaikoilla. Toisinaan jatkohoitopaikkojen järjestymisen hitaus esti potilaan kotiutumista ja osa potilaista olisi selvinnyt ilman sairaalahoittoa, mikäli kattavia avopalveluita olisi ollut riittävästi tarjolla. Erityisesti ensikertaa sairastuvan hoidossa intensiivinen hoito pääosin avohuollon palveluina on erityisen suositeltavaa. Tätä kutsutaan rajapinnaksi, jonka hoitamiseen voidaan vastata myös erikoissairaanhoidon taholta. (Tammentie ym. 2008, 7.)

## 2 TUTKIMUKSEN TAUSTAT

Aiheidea syntyi harjoittelujaksollani rajapintatyöryhmässä syksyllä 2010. Harjoittelujaksolla ollessani huomasin yhtenäisyyksiä rajapintatyön periaatteissa kuntoutuksen ohjauksen ammattiryhmän kanssa. Rajapintatyö ennen harjoittelujaksoa oli itselleni tuntematon työskentelymuoto psykiatriassa. Tämä työmuoto joka Pitkäniemen sairaalan hankkeesta syntyi, ja johon Tampereen kaupunki myöhemmin liittyi, herätti itsessäni suurta kiinnostusta.

Rajapintatyön tehokkuus psykiatrisen hoidon laitos- ja avohoidon rajapinnassa näkyi käytännössä laitospaikkojen vähenemisellä ja vaikuttavuus oli ilmeistä. Yhtenevät menetit kuntoutuksen ohjauksessa ja rajapintatyössä ajoivat minut pohtimaan asian tarkempaa tutkimista. Kun keskustelin harjoittelussa asiasta osastonhoitajan ja rajapintahankkeen vetäjän Tarja Tammentien kanssa, sain Pitkäniemen sairaalasta toimeksiantajan opinnäytetyölleni.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on tarkastella rajapintatyötä kuntoutuksen ohjauksellisesta näkökulmasta osana Pitkäniemen sairaalan psykiatrasta kuntoutusta. Ajankohtaisen aiheestani luo yhteiskunnalliset muutokset laitostuntoutuksen purkamisessa ja uusien toimintamallien kehittämisessä. Tarkoituksenani oli haastatella rajapintatyöryhmän henkilökuntaa teemoitetuilla kysymyksillä, sekä etsiä samaisten teemojen pohjalta teoretietoa. Lopuksi näiden teemojen ja saadun aineiston pohjalta tarkastelen kuntoutuksen ohjauksen näkökulmaa, sekä elementtejä psykiatrisessa hoitotyössä ja sen toteutumisessa.

Tavoitteeni on tuoda lukijalle esille palveluohjauksen, kuntoutuksen suunnittelun, toteutuksen – ja seurannan merkitys osana psykiatrasta hoitotyötä. Tämän esilletuonnin ajankohtaista merkitystä tukevat ajankohtaiset mielenterveystyön laatusuosituksset, sekä tavoite ajaa laitostuntoutus alas kohti integroidumpaan avohuollon muotoa. Koska rajapintatyö itsessään on melko uusi käsite, on työ rajattu melko tiiviisti hankeraportin pohjalta luotuihin teemoihin, joiden pohjalta teoretietous ja haastattelukysymykset ovat syntyneet.

### 3 KÄSITTEET

Opinnäytetyön taustalla pyörivät keskeiset käsitteet ovat *mielenterveystyö*, *rajapintatyö* ja *kuntoutuksen ohjaus*. Kaikki käsitteet liittyvät tietyillä rajapinnoilla toisiinsa. Nämä kolme käsitettä luovat eräänlaisen viitekehyksen tarkasteltaville teorioille ja työni tarkoitukselle. Nämä kolme käsitettä pitävät sisällään monia eri teorioita aina ihmisen kohtaamisesta sosiaalipolitiikkaan, mutta opinnäytetyöhöni on valikoitu vain konkreettisimmin havaittavat teorat asiakas- ja palveluohjauslähtöisestä näkökulmasta kuntoutuksen, sekä mielenterveystyön rajapinnasta.

Jotta ilmiöitä, sekä tulevaisuuden näkymiä näistä kolmesta kattokäsitteistä voitaisiin vertailla keskenään, tuli rakentaa teemat. Teemojen pohjalta tarkoitukseni oli tutkia olemassa olevaa teoriaa ja saada tietoutta rajapintatyöstä sekä sen työntekijöistä. Teemat ovat lueteltuina kohdassa *5 tutkimusmenetelmät ja kohderyhmä*.

Yläkäsitteiden lisäksi tulee käsitteistä mainita vielä itse kuntoutuksen kohde. Asiayhteydestä eli kontekstista riippuen, tässä opinnäytetyössäni asiakkaasta tai kuntoutujasta puhutaan kun kyseessä on pääsääntöisesti avohuollon tai avohuollon rajapinnan piirissä oleva asiakas. Kun kyseessä on pääsääntöisesti erikoissairaanhoidon osastohoitoa saava ihminen, käsittelen henkilöä potilaana. Kolmen eri käsitteen käyttäminen tässä opinnäytetyössä johtuu siis kontekstista ja rajapinnan sijoittumisesta kahden eri palvelualueen piiriin. Sairaalakeskeisessä miljöössä toimivat henkilöt eivät ole tottuneet käyttämään kuntoutuja- tai asiakasnimikettä, joten haastatteluvastaukset heijastavat potilaskäsitettä myös pohdintaan.



## 4 KUNTOUTUS PSYKIATRIASSA

"Kansainvälisistä tutkimuksista on saatu näyttöä myös päihdekuntoutuksen, psykiatrisen kuntoutuksen ja pitkäaikaistyöttömien kuntoutuksen myönteisistä vaikutuksista (Kuntoutusselonteko 2002, 7)." Tausta-ajattelu psykiatrisessa kuntoutuksessa on sama kuin fyysisen toimintakyvyn alenemisessa. Vaikka selviä eroja psykiatriassa ja somaattisessa vammautuneisuudesta löytyy, on niissä paljon samaa. Eri elämänalueilla esiintyvät haitat estävät suoriutumista; tällöin toimintakyvyn täydellisestä paranemisesta ei ole varmuutta ja tukipalveluita, sekä tukea tarvitaan laaja-alaisesti pitkiäkin aikoja. (Lähteenlahti 2008, 193.)

Psykiatrisesta kuntoutuksen perusteista Nojonen (1990) kirjoittaa seuraavaa. Kuntoutumisessa tarkastellaan asiaa kuntoutuja näkökulmassa ja kuntoutuksessa työntekijän näkökulmassa (Nojonen 1990, 23). Ollessaan potilaana ihminen on oikeutettu saamaan hoitoa. Voimavarojen kasvaessa ja oireiden vähentyessä voi hän lähteä hakemaan parempaa elämänlaatua ja muutosta. Kuntoutumista voi tapahtua vaikka oireet eivät olisi vielä kokonaan poistuneet, mutta kuntoutumisen myötä ne lievittyvät ja ne hallintaan paremmin. (Koskisu 2003, 15.) Preventiivinen, terveyttä ylläpitävä, sekä yhteisöllisyyttä korostava ajattelumalli korostuu entistä enemmän nykypäivän kuntoutuskäytännöissä. Yksilökeskeisesti tämä näkyy käytännössä hyvinvoinnin, motivaation, innostuksen ja resurssien edistämisenä ja tukemisena. (Riikonen 2000, 42–43.) Kuntoutujan asiantuntijuus, kuntoutujakeskeisyys, voimavaraisuus ja mahdollisuuksiin keskittyminen puutteiden ja ongelmien sijaan, ovat kliinisyyden rinnalle nousseita malleja. (Pihlaja 2008, 19.)

Psykiatrisen kuntoutuksen tarve on selvää. Pääsääntöisesti psykiatrisen kokonaiskuntoutuksen vastuu on kunnilla. Kuitenkin akuutit sairastumiset luovat tilanteita jolloin hoitoon täytyy vastata tarpeen mukaisella tavalla. Potilaan pääsystä psykiatriseen sairaalahoitoon ohjaa olemassa oleva mielenterveys-työn laatusuositus (2001). Myös Terveystieteiden tutkimuskeskus (L 30.12.2010/1326, 33§) määrittelee että sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa alueellaan erikois-

sairaanhoidon palvelujen yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaisesti.

Kuntoutuksen suunnittelu ja kuntoutus psykiatriassa on tilanteesta riippuen siis monialaista. Kunta vastaa pääsääntöisesti itse mielenterveyspalveluista, mutta ostamalla yksityisten ja kolmannen sektorin palveluita omiensa ja järjestöjen lisäksi, ostaa kunta myös tarpeenmukaisen erikoissairaanhoidon. Tällöin kuntoutuksen suunnittelun tulisi myös toimia ylitse sektorirajojen asiakkaan mahdollisimman eheän ja parhaan kokonaiskuntoutuksen luomiseksi.

Tällä hetkellä kuntoutuksen suunnittelun- ja ohjauksen merkitys Pirkanmaalla erikoissairaanhoidossa korostuu erityisesti somaattisen sairauskäsitteen ympärillä. Erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluissa kuntoutusohjaajia ei ole. Tähän seikkaan vaikuttanee ajatus kunnan pääsääntöisen mielenterveystyön järjestämisen vastuusta. Asiakkaan ohjautuessa tarpeen vaatiessa erikoissairaanhoidon palvelujen piiriin, tulisi kuitenkin kuntoutusta suunnitella yhdessä tarkoituksenmukaisen palveluntuottajan kanssa. Kokonaissuunnitelman palvellessa yli sektorirajojen on oletettavaa, että muun muassa päällekkäinen työ sekä sairauskeskeiset uudelleen sairastuvuudet (nk. relapsit) vähenisivät, ja pitemmällä aikavälillä vaikuttavuus kasvaisi.

Ajankohtaisten sosiaali-, terveyspalvelu-, ja palvelurakennemuutosten vuoksi uusien toimintatapojen kehittäminen kohti integroidumpaa ja avoimempaa mielenterveyskuntoutusta antaa mahdollisuuden kehittämiselle. Yksi tämän opinnäytetyön tarkoituksista on herättää ajattelutapaa, jossa rajapintatyön ja kuntoutuskeskeisemmän työotteen menetelmiä osattaisiin arvostaa osana psykiatrisen asiakkaan kokonaiskuntoutuksen merkitystä.

## **5 RAJAPINTATYÖ PITKÄNIEMEN SAIRAALASSA**

Rajapintatyön aloittaessa hankkeena, tarkoitus oli vastata psykiatrian avohoidon ja sairaalan välissä tapahtuvaan tarpeeseen sairaalan osastohoidolle

vaihtoehtoisilla menetelmillä. Vaihtoehtoisina menetelminä potilaille annettiin tilanteen niin salliessa, seuranta-aikoja lääkärin tai sairaanhoitajan vastaanotolle. Annettujen käyntiaikojen aikana avopuolen tukitoimia kartoitettiin ja järjestettiin, jotta tuki olisi löytynyt sairaalan ulkopuolelta.

Vaihtoehtoisina menetelminä oli myös perheen mukaan ottaminen kuntoutuksen suunnitteluun. Tarve rajapintatyön perhekeskeisyyteen syntyi aiemmasta projektista akuuttipsykiatrian vastuuyksikössä (Perhetyöprojekti 1.1. – 31.5.2005). Tuolloin projektin tuloksista oli huomattavissa, että perheen varhainen mukaanotto tehostaa hoitoa ja teki toisinaan sairaalahoidon tarpeettomaksi. Tämä perustui perheen yhteisten voimavarojen löytämiseen ja kotona pärjäämiseen kun potilas sairastui. Akuuttipsykiatrian henkilöstön ollessa si-  
dottuina osastotyöhön, loivat edellä mainitut tarpeet uudenlaisen hankkeen kehittämiseen (Tammentie ym. 2008, 7).

Hankkeen kehittämisen taustalla toimivat Haarakankaan (2002, 65) luettelemat Länsi-Pohjan psykiatrisen hoitomallin (Keroputaan mallin) keskeiset periaatteet:

1. *Hoidon nopea aloittaminen*
2. *Omaiset ja muut läheiset osallistuvat tahot*
3. *Työryhmä ottaa vastuun hoidosta.*
4. *Epävarmuuden sietäminen*
5. *Hoito vastaa asiakkaan muuttuviin tarpeisiin*
6. *Verkostokeskeinen työskentely*
7. *Avoin dialogi hoitokokouksissa*

## 5.1 Yleispiirteet

Rajapintatoiminta tapahtuu moniammatillisessa työryhmässä. Rajapinta (RA-PI) -työryhmä työskentelee laitoshoidon ja avopalveluiden välimaastossa. Asiakasryhmä koostuu henkilöistä jotka tarvitsevat intensiivisesti tutkimusta ja hoitoa, mutta eivät ensisijaisesti osastohoitoa. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2011.)

Rajapintatyöryhmä työskentelee potilaan kanssa verkostokeskeisesti, heti kriisin lauettua, alusta alkaen huomioiden asiakkaan kunnan palvelut ja perheen.

Verkoston avulla tilanne kartoitetaan, huolehditaan avunsaannista ja jatkohoidosta. Keskeisiä seikkoja ovat neuvottelut, perhetapaamiset, potilaan yksilöllinen kohtaaminen, sekä ulkopuoliset hoitoneuvottelut. Potilaan tilanteen tutkiminen ja hoito rajapintatyöryhmässä kestää yleensä muutamia viikkoja, mutta osalla potilaista myös pidempään. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, 2011.)

## 5.2 Mielenterveystyön periaatteet ja suositukset

Mielenterveystyötä ohjaavat lakien lisäksi tietyt periaatteet ja suositukset.

Bond, Williams, Evans, Salyers, Kim & Sharp (2000, 22–23) kertovat psykiatrisen kuntoutuksen peruskäsitteistä seuraavasti: missä tahansa yhteydessä, jossa puhutaan mielenterveyskuntoutuksen ydin lähtökohdista, tulisi mainita mielenterveyskuntoutuksen yleisistä elementeistä peruseriaatteina. Bondin ym. (2000, 23–24) listaamat peruseriaatteet (vapaasti suomentaen ja tiivistysti):

- Käytännönläheisyys (jokapäiväisessä arkielämän ongelmien kohtaamisessa)
- Huomio asiakaskeskeisyyteen
- Käsitys asiakkaan tilanne- ja toimintakyvystä
- Ympäristön muutokset (havaitaan ja ymmärretään osana etenevää kuntoutusprosessia)
- Palveluiden integrointi (paremmat tulokset palveluiden ja hoidon integraatiolla)
- Palveluiden katkeamattomuus ja jatkuvuus
- Integraation ja normalisaation periaatteet osana asiakkaan hoitoa ja yhteisöä

Rajapintatyössä peruseriaatteista eniten korostuvat kohdat ovat muun muassa asiakaskeskeisyys, palveluiden integrointi, sekä integraation ja normalisaation periaatteet. Lisensiaatin tutkimuksessaan Pesonen (2006, 12–14) kertoo asiakaslähtöisyyden olevan kehittyvä osa-alue mielenterveystyössä. Taus-tasyinä kehittymisen suuntauksella ovat monet tutkimukset potilaiden palvelu-

kokemuksista, sekä uusien kehittämisohjelmien ja suositusten ohjaavat vaikutukset.

Tiettyjen perusperiaatteiden lisäksi mielenterveyskuntoutuksen taustalla toimivat myös suositukset. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2000) on jäsennetty käytännön kokemuksen mukaiset keskeisimmät ja rakenteelliset seikat, joista laadukas mielenterveystyö koostuu. Suositus on tarvelähtöinen ja rakenne noudattaa ajatusta mielenterveysongelmien kehittymistä prosessina (Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 3).

Suosituksen rakenne mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) on jaettu 12 eri osaan. Nämä osat sisältävät seuraavat kohdat:

- 1. Kunnassa tuetaan asukkaiden hyvinvointia ja mielenterveyttä*
- 2. Kuntalaista autetaan peruspalveluissa*
- 3. Jokainen pääsee elämäntilanteensa ja ongelmiansa kannalta tarkoituksenmukaiseen tutkimukseen ja hoitoon*
- 4. Mielenterveyspalveluissa kunnioitetaan ihmisarvoa ja ihmisoi-  
keuksia*
- 5. Hoito toteutuu päätetyn suunnitelman mukaan*
- 6. Ensisijaista on avohoito. Kaikessa hoidossa on kuntouttava ote*
- 7. Potilas pääsee psykiatriseen sairaalahoitoon tarvittaessa*
- 8. Palvelujärjestelmän sisäinen yhteistyö, vastuut ja työnjako on  
selvitetty ja päätetty*
- 9. Henkilöstön määrä ja rakenne määrittellään osana mielenterve-  
ystyön kokonaissuunnitelmaa*
- 10. Henkilöstön osaamisesta ja jaksamisesta pidetään huolta*
- 11. Palveluita ja toimintaa seurataan ja havaintoja hyödynnetään  
suunnittelussa*
- 12. Mielenterveystyötä varten tehdään kokonaissuunnitelma  
(Mielenterveyspalveluiden laatusuositus 2001, 5.)*

Jokainen kohta käsittelee tiettyä teemaa. Teemat ovat pilkottu kolmeen näkökulmaan. Näitä ovat kuntalaisen-, ammattihenkilöiden- ja käytäntöjen, sekä hallinnon näkökulmat. Lisäksi näkökulmille on asetettu indikaattorit ja loppuun on lueteltu perustelut, sekä viitteet. Näiden suositusten tausta-ajatuksena on ohjata laadullisesti kaikkea mielenterveystyötä riippumatta työn suorittajasta, kohteesta tai sen taustaorganisaatiosta.

Kun puhutaan mielenterveyspalveluiden laatusuositusten (2001) kahdentoista kohdan saavuttamisesta, ovat aiemmin mainitut suositusten merkitykset oleel-

lisessä asemassa. Jotta siis suositusten näkökulmat pystytään huomioimaan kuntoutusta suunniteltaessa, tulee hoidon suunnittelijan ymmärtää kaikkia näitä osapuolia. Näistä faktoista johtuen syntyy itselleni olettaus, että hoidon suunnittelija huolehtii kaikkien näkökantojen saamisesta ymmärtäen psykofyysisen ja sosiaalisen näkökannan. Lisäksi palvelurakenteen ollessa monimutkainen ja pirstaleinen, tulee myös mielenterveyskuntoutujan kuntoutus lähteä liikkeelle siten että se tarjoaa kuntoutettavalle mahdollisuuden eheään ja jatkuvaan kuntoutusprosessiin.

Tässä opinnäytetyössäni suosituksista oleelliset teemat ovat palvelujärjestelmän sisäinen yhteistyö, kuntoutuksen kokonaissuunnitelman teko mielenterveystyötä varten ja kaikenlaisessa psykiatrisessa hoidossa oleva sisään rakennettu kuntouttava työote.

### 5.3 Yksilökohtainen palveluohjaus

Sosiaalipoliittisen yhdistyksen ja Sosiaalityön tutkimuksen seuran julkaisemassa tieteellisessä aikakauslehdessä Janus, Notko (2006) kirjoittaa seuraavasti: Mielenterveyskuntoutuksessa on palveluohjausta kokeiltu kokopäiväisenä työnä (esim. Vallo 2004; Hyttinen 2001). Näissä kokeiluissa on toiminta nähty tarpeelliseksi ja tarkoituksenmukaiseksi. Tulevaisuudessa päätoimisia ja vakituisia kuntoutus- tai palveluohjaajia tarvitaan paljon enemmän ja useammalle asiakasryhmälle, kuin mitä nykyisin sairaanhoitopiirien kuntoutusohjaus sisältää. (Notko 2006, 64.)

Sairaanhoitopiirien lisäksi tarvetta palveluohjauksesta on nähty myös kunnallisella tasolla. Kuntien hallinnoissa on aiemmin vallinnut asiantuntija- ja organisaatiokeskeinen ajattelu. Mielenterveyspalveluiden laatusuosituksessa (2001) todetaankin haasteeksi mielenterveystyöhön asiakaslähtöisen, sekä ihmis- ja voimavaralähtöisen toiminnan kehittämisen. (Pesonen 2006, 12.) Tähän yhtenä ratkaisumallina voidaan pitää yksilökohtaista palveluohjausta tai usein Järviskoski & Härkäpään (2011) käyttämää termiä, kuntoutuksen palveluohjausta.

Yksilökohtaisesta palveluohjauksesta puhuttaessa on toteuttamisen tapoja monia, joten perusteita tulee hieman kiteyttää. Pro gradu tutkielmassaan Suo-

ranta (2004, 28–29) kertoo yksilökohtaisen palveluohjauksen etenevän prosessina. Hän viittaa tutkimuksessaan Brandon ja Hawkesin (1998), sekä Ala-Nikkolan ja Sipilän (1996) palveluohjauksen prosessin kuvauksiin. Nämä kuvaukset koostuvat viidestä (Ala-Nikkola & Sipilä), sekä kahdeksasta (Brandon ja Hawkes) prosessin vaiheesta, joista molemmista löytyy samoja elementtejä. Näitä palveluohjauksen mallien yhteneviä elementtejä ovat: 1) asiakkaiden valinta, 2) palvelutarpeen arviointi, 3) hoito/palvelutarpeen suunnittelu- ja järjestäminen, 4) toteutumisen seuranta ja arviointi, sekä 5) uudelleen arviointi ja muutokset. (Brandon ja Hawkes 1998, 8-11; Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 22-25.)

Suoranta (2004) kirjoittaa myös yksilökohtaisen palveluohjauksen erilaisista malleista. Perinteisimpiä malleja yksilökohtaisessa palveluohjauksessa ovat henkilökohtainen ja ryhmäkohtainen malli, sekä näiden sekoitus. Näiden lisäksi on olemassa muun muassa Vahvuus – malli, sekä ACT – malli. Vahvuusmallin tarkoitus on valtaistaa asiakasta itseään siten, että asiakkaan omat vahvuudet otetaan huomioon. Toisena mainitun ACT -mallin (”Assertive Community Treatment”), vapaa suomennos on ”painokkaan yhteisöllisen hoidon” – malli, jossa palveluohjausta toteutetaan työryhmässä. (Suoranta 2004, 29–30.)

Puhuttaessa henkilökohtaisesta palveluohjauksesta mielenterveyskuntoutuksessa, Järvikoski & Härkäpää (2011) toteavat että usein palveluohjausta toteutetaan eri tavoin ja periaattein. He mainitsevat, ettei ole olemassa yhtä oikeaa mallia, vaan useita eri vaihtoehtoja ja toimintatapoja. Vaihtoehtoiksi he mainitsevat kirjassaan kolme yleisesti käytettyä mallia. Näitä ovat palveluohjauksen perusmalli, intensiivinen yhteisömalli ja voimavaraorientoitunut malli. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 238–239.) Nämä kolme mallia perustuvat pitkälti aiemmin kuvattuihin Nikkola & Sipilän (1996) prosessin kuvauksiin.

Mielenkiintoiseksi, sekä ajankohtaiseksi palveluohjauksen mielenterveyskuntoutuksessa tekee mielestäni se, mitä myös Järvikoski & Härkäpää (2011) kirjoittavat: toimintamalleja palveluohjauksessa on yleensä kehitetty samanaikaisesti kun palvelurakennetta on pyritty muuttamaan laitospohjaisesta avohoitovaltaisemmaksi. Eräänä perusteluna mainitaan, että avohoitoon siirtyneistä

potilaista vaikeimmin ongelmaiset syrjäytyvät helpoiten myös mielenterveys-työn avopalveluissa. (Järvikoski & Härkäpää 2011, 238.)

#### 5.4 Moniammatillinen työ

Kansainvälisen hoitotieteiden lehdessä (International Journal of Caring Sciences 3/2010) käsiteltiin moniammatillisuuden- ja monialaisuuden käsitettä osana terveyden edistämistä. Tämä artikkeli oli kirjallisuuskatsaus ja teki mielenkiintoisia ehdotelmia katsauksen johtopäätöksistä: Yhdessä työskentelyllä saavutetaan merkittävimpiä tuloksia kuin erikseen työskennellessä. Moniammatillinen työ jakaa tietoutta, saavuttaa hoidon jatkuvuuden, koordinoi voimavaroja ammattilaisten tietouteen hoitoa suunniteltaessa, lisää moraalia ja tuottaa yhteistä tukea. Tärkein yhteistyön tarkoitus on tuoda laaja-alaisella tietämyksellä erilaiset perspektiivit, sekä vahvuudet eri ammattikunnista ja sektoreilta yhteen. Ideaalinen tiimi muodostuu eri osaamiskunnista; tiimiläisten rooliensa tuntemisesta; toistensa tukemisesta; toistensa täydentämisestä persoonallaan ja tietämyksellään, sekä johtajasta joka koordinoi ja ottaa vastuuta. (Tzenalis & Sotiriadou 2010, 52–53.)

Härkäpää & Järvikoski (2011, 236) toteavat, että toimivimmaksi työtavaksi on osoittautunut moniammatillinen työryhmä erikoissairaanhoidon mielenterveys-työssä. Tämänkaltaisen tiimin tavallisesti muodostavat lääkäri, sairaanhoitaja ja psykologi tai sosiaalityöntekijä.

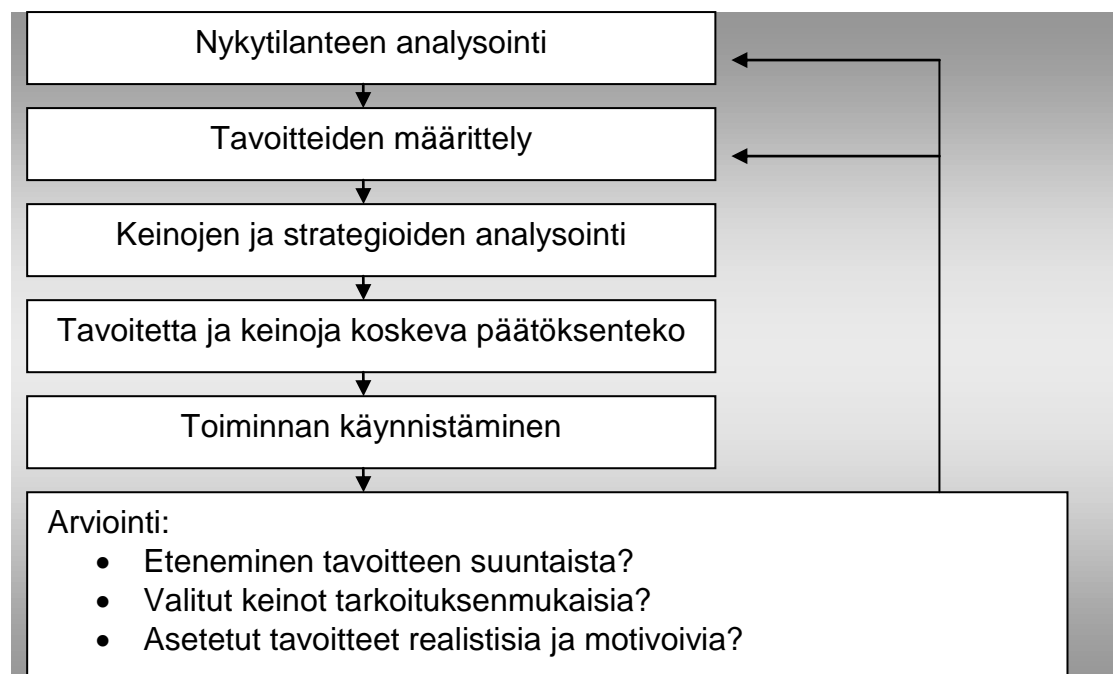
Moniammatillisuus näkyy myös rajapintatyöryhmässä. Työryhmästä löytyy osastonhoitaja, psykiatri, psykologi, sosiaalityöntekijä, useampi sairaanhoitaja, sekä yksi mielenterveyshoitaja. Lisäksi sairaanhoitajilla on kokemuspohjalta tai lisäkoulutuksen kautta osaamista eri asiakasryhmien osa-alueista: näitä ovat esimerkiksi päihdetyön osaaminen ja perhetyö. Osalla psykiatrisista sairaanhoitajista on myös eri terapeuttien pätevyyksiä (esimerkiksi perheterapeutti). Moniammatillisuuden ollessa tärkeä osa rajapintatyötä, halusin myös teemahaastatteluissani saada esille moniammatillisuuden näkyvyyttä. Tästä lisää kappaleessa *6 tutkimusmenetelmät ja kohderyhmä*.

#### 5.5 Kuntoutuksen suunnittelu, toteutus ja seuranta



Saumattoman yhteistyön periaate sairaalan ja avohoidon piirissä ajaa eheään kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Mielenterveystyön laatusuosituksessa (2001) ammattihenkilöiden ja ammatillisten käytäntöjen näkökulmassa potilaan sairaalaan pääsystä suositellaan seuraavaa: "Potilaan hoidosta vastaavat henkilöt sairaalahoidossa ja avohoidossa vastaavat kumpikin osaltaan hoitopalveluiden saumattomasta ketjuuntumisesta (Mielen-terveyspalveluiden laatusuositus 2001, 29)".

Kuntoutustapahtuma on ainutlaatuinen prosessi jonka keskiössä toimivat kuntoutujan ja ammattilaisen välinen yhteistyö ja vuorovaikutus. Tässä asiakasyhteistyössä keskeisiä vaiheita ovat kuntoutustarpeen havaitseminen, yksilölliset tavoitteet, keinot joilla tavoitteisiin päästään, toiminnan käynnistäminen ja sen jatkuva arvioiminen. Olennaista on keiden kanssa suunnitelma laaditaan, kuka tai ketkä kantavat vastuun toteutuksesta ja kuinka etenemistä seurataan. (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87.) Seuraavassa kuviossa (ks. kuvio 1) on havainnollistettu kuntoutusprosessin oleellisia välivaiheita.



KUVIO 1. Kuntoutusprosessi päätöksentekoprosessina (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87, muokattu)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) ja Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L 22.9.2000/812) mukaan asiakkaalle/potilaalle on laadittava tarvittaessa palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai jokin muu suunnitelma. Mielenterveyttä ohjaava lainsäädäntö ei kuitenkaan näytä ohjaavan kuntia ja sairaanhoitopiirejä riittävästi. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 31.)

Mielenterveyskuntoutusta suunnitellessa oleellisessa asemassa ovat asiakkaan voimavarat, tarpeet ja niihin saatavat palvelut. Kuntoutuksen suunnitella, toteutuksella ja seurannalla on oleellinen osuus asiakkaan kuntoutumisessa. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomuksien (194/2009) mukaan näissä kuntoutussuunnitelmissa on viime vuosina ollut kirjavia käytäntöjä ja heikkoa menestystä. Tuloksellisuustarkastuskertomuksissa (194/2009) kerrotaan kuntoutussuunnitelmista muun muassa seuraavaa: "Esiselvityshaastattelujen mukaan keskimäärin vain joka toisella mielenterveyskuntoutujalla on jonkinlainen suunnitelma tai suunnitelmana käytetään psykiatrin kirjoittamaa B-lausuntoa tai normaalia lääkärinlausuntoa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2009, 31)."

Laki- ja periaatepäätökset ohjaavat siis kuntoutussuunnitelmien tekoon, sekä saumattomaan yhteistyöhön sairaalan ja avohoidon piireissä. Tulokset antavat kuitenkin ymmärtää, että kuntoutussuunnitelmia ei tarpeeksi vielä tehdä. Tämä on yksi haasteellisista kohdista, joka vaatii kehittämistä ja vakiintuneempia käytänteitä. Opinnäytetyössäni yksi tarkoituksistani on tarkastella Pitkänien sairaalan rajapintatyön työskentelymallia osana mielenterveyshäiriön kuntoutuksen suunnittelua, toteutusta ja seuranta.

## 5.6 Laitoshoidon tulevaisuus

Jo 1980-luvulta lähtien on alkanut muutossuunta kohti laitoshoidon hoitojärjestelmän purkamista. Sairaansijojen vähennettiin nopeasti ja samanaikaisesti avohoidon resursseja lisättiin kaksinkertaisesti. Sama kehityssuunta jatkui 1990-luvulla, jolloin sairaansijat jatkoivat vähenemistään ja avopalveluiden kysyntä jatkoi kasvuaan. 1990-luvun taloudellisten resurssien vähentyessä, ei kuitenkaan ollut enää varaa lisätä avohoidon henkilöstöä kysynnän mukaan.

Muutossuunta oli kuitenkin jo tapahtunut, sillä tarkasteltaessa hoitopäivien määrää 1970-luvulta aina 2005 vuoteen asti, on se supistunut noin neljäsosaan. (Harajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 18.)

Palveluiden siirtyessä perusterveydenhuollon suuntaan ja yksityisten palveluntuottajien piiriin, tapahtui palvelukentän pirstaloituminen ja kokonaiskuvan hämärtyminen. Kokonaiskuvan tilastoiminen muuttui lähes mahdottomaksi ja huoli palveluiden asemasta heräsi. Myös alueelliset erot kuntien väestörakennemuutoksissa antoivat oman lisänsä palveluiden saatavuuden soppaan. 2000-luvulla alati muuttuva väestörakenne asettaa paineet aina lääkkeiden saannista erikoissairaanhoidon palveluihin. (Harajärvi ym. 2006, 18–19.)

Mielenterveyskuntoutuksen kehityksen visiosta 2000-luvulla Eero Riikonen (2008) kirjoittaa teoksessa Kuntoutus (toim.) mielenkiintoisia teesejä. Hän nostaa kirjoituksessaan esille muun muassa kulttuurisen muutoksen ja tietoyhteiskunnan kehityksen tuomat odotukset laadusta ja palvelusta, joka tulee esille tuotteistamisella ja yksityistämällä. Nämä seikat eivät välttämättä kulje käsi kädessä palveluiden integroitumisen ja johdonmukaisuuden kanssa. Avainalueena tulevaisuuden palveluille hän korostaa nimenomaan valtaistamisen malleja ja niiden palvelusovellusten kehittämistä. Laitoshoidon tulevaisuuden näkökulmasta, varsinkin asiakastyytyväisyys, tuotteistaminen ja valtaistumisen teoreettiset lähtökohdat, antavat nykyiselle laitosmallille paljon miettimisen varaa ja avaimia kehittämiseen. (Riikonen 2008, 165.)

Valtaistamisen, tuotteistamisen, palveluiden kehittämisen ja integraatioiden, sekä muiden seikkojen lisäksi myös prevention rooli mielenterveystyössä on tärkeä osa tulevaisuuden palvelujärjestelmää. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) raportti (47/2012) tuo mielenkiintoisia näkökantoja esille. Suunta laitoshoidosta avohuoltoon luo entisestään painetta ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön. Ennaltaehkäisevä mielenterveystyö kuuluu pääsääntöisesti peruspalveluiden piiriin. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa kuitenkin tapahtuu monien eri tahojen yhteistyössä (esim. poliisi, kotipalvelu, perheneuvola ja erikoissairaanhoido). Myös järjestöillä on merkittävä rooli perusterveydenhuollon lisänä ennaltaehkäisevässä mielenterveystyössä ja niihin kohdistuvissa hankkeissa. Tehokas ennaltaehkäisevä mielenterveystyö

vaatii kuitenkin erikoissairaanhoidon panosta. Avohoitopalveluiden monimuotoistaminen ja yhteistyön lujittaminen erikoissairaanhoidon keinoin (esim. hankkeet, työnohjaus ja koulutus), antavat mahdollisuuksia parempaan preventiiviseen mielenterveystyöhön. Nyt käynnissä oleva rakennemuutos antaa-kin hyvät mahdollisuudet preventiivisten käytäntöjen kehittämiseksi ja juurruttamiselle. Tämä aihealue on nostettu myös kansainvälisesti mielenterveystyön painopistealueeksi. (Laajasalo & Pirkola 2012, 13.)

## 6 TUTKIMUSMENTELMÄT JA KOHDERYHMÄ

Kvalitatiivisen (laadullisen) opinnäytetyöni ensimmäiseksi aineistonkeruumenetelmäksi tuli teorialiedon etsiminen. Toiseksi aineistonkeruumenetelmäksi valitsin yksilöhaastattelut. Vaikka monien haastatteluiden litterointi ja tulkinta vie aikaa, on silti yksilöhaastatteluiden tieto kuitenkin tarkempaa ja luotettavampaa (Kananen 2011, 53). Teorialiedon lähtökohdat ovat samaistavia teemahaastattelun haastattelurungon valmistamisessa. Näin ollen asiakokonaisuus pysyy työn taustalla kasassa ja saatu aineisto perustelelee sekä teorialiedtoa vastaan, että sen puolesta.

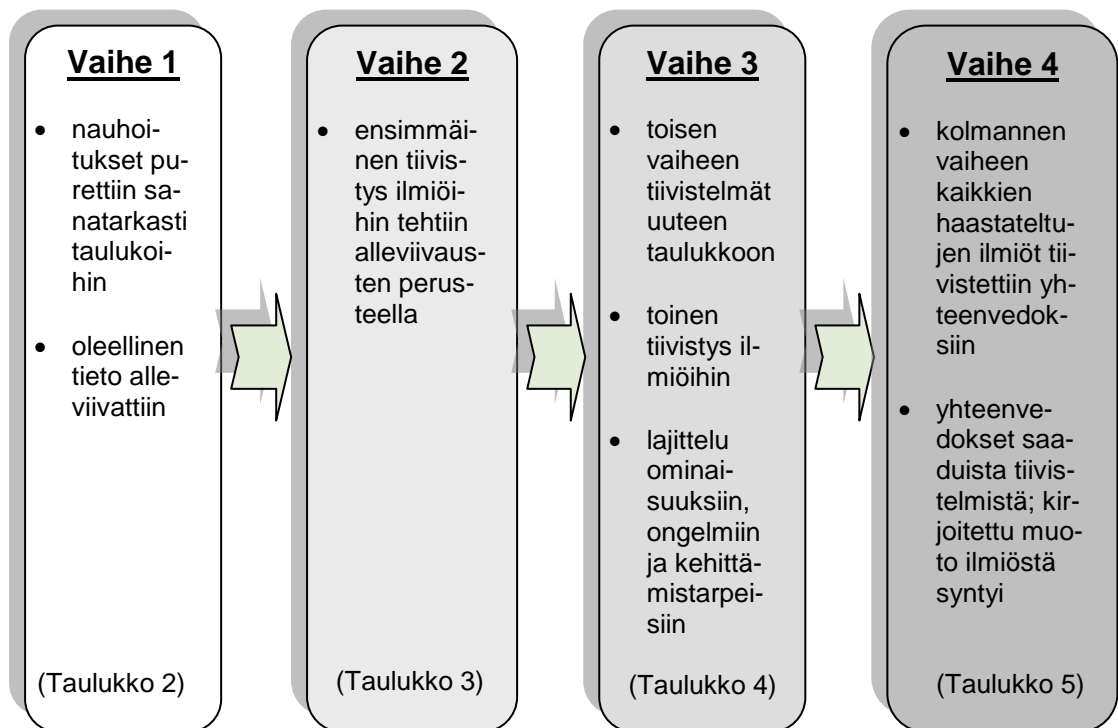
Haastattelut suoritettiin rajapintatyöryhmän neljälle eri työntekijälle ja haastattelukysymykset luotiin opinnäytetyöhöni liittyvistä relevanteista teemoista. Tämä loi menetelmäksi siis teemahaastattelun. Teemahaastattelussa tärkeitä on kysyä opinnäytetyön puolesta oleellisia kysymyksiä. ”Teemahaastattelusakaan ei voi kysellä ihan mitä tahansa, vaan siinä pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75).”

Opinnäytetyötäni ohjaavia relevantteja teemoja ovat: 1) Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu & toteutus. 2) Verkostokeskeisyys, palvelujärjestelmä ja sen tuloksellisuus. 3) Moniammatillinen yhteistyö ja 4) tulevaisuuden näkymät mielenterveystyön toimintamalleissa. Nämä teemat rakensivat teorialiedon viitekehyksen, haastattelurungon, sekä aiheet yksilöhaastatteluilleni.

Haastattelut äänitettiin 20.9.2012 yksilökohtaisesti iPhone -puhelimien sovelluksella ja purettiin kirjoittamalla haastattelut sanatarkasti puhtaaksi. Haastattelumateriaalit siirrettiin taulukkoon, jossa alleviivattiin oleellimmat asiat suhteessa annettuun teemaan ja tiivistettiin asiamuotoisesti viereiseen lokerikkoon. Materiaalin tiivistämistä taulukointia hyväksikäyttäen olen havainnoinut kuviolla (ks. kuvio 2). Materiaalia tuli valtavasti, kuten odotettua olikin, joten havainnoinnin esimerkkinä toimii yhden henkilön haastattelun pohjalta litteroidut taulukot (ks. taulukot 2, 3 & 4).

Ennen tulkintaa oli suoritettava haastattelutietojen pohjalta sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi tapahtuu samoilla periaatteilla joista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–112) kirjoittavat: Alkuun haastattelut muutetaan alkuperäisilmauksista pelkistettyihin ilmauksiin. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaukset klusteroidaan, eli ryhmitellään. Klusteroinnista seuraa abstrahointi, jossa erotetaan oleellinen tieto ja valikoidun tiedon perusteella luodaan teoreettisia käsitteitä.

Aiemmin mainittujen taulukoiden (ks. taulukot 2, 3 & 4) mukaisesti tulkitsin kaikkien haastateltavien asiakokonaisuuksien segmentit yhteen taulukkoon (ks. taulukko 5). Näitä vastauksien perusteella syntyneitä käsitteitä tarkastelen ja vertailen lainauksia käyttäen muun teorian tiedon kanssa myöhemmin pohdinta osiossa.



KUVIO 2. Litteroinnin vaiheiden havainnointi

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Reliabiliteetti ja validiteetti ovat käsitteitä luotettavuudesta. Sellaisenaan nämä käsitteet ovat omaksuttu kvantitatiiviseen tutkimukseen, jonne ne soveltuvat hyvin. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten pysyvyyttä jos tutkimus toistettaisiin. Validiteetti tarkoittaa pelkistetyksi oikeiden asioiden tutkimista. (Kananen 2011, 69.) Opinnäytetyöni kohdalla reliabiliteetti ei sinänsä ollut oleellinen käsite tutkimuksen perustuessa pitkälti haastateltavien mielipiteisiin ja kokemuksiin. Validiteettia kuitenkin työstäni pystyy tarkastelemaan vertailemalla haetun teorian tiedon, sekä haastattelutiedon ilmiöitä toisiinsa. Tästä lisää tuloksissa ja pohdinnassa.

Luotettavuustekijöistä laadullisessa tutkimuksessa puhuttaessa tulee mainita oleelliset kriteerit. Näitä ovat Kananen (2011) mukaan arvioitavuus ja doku-

mentaatio, ristiriidattomuus tulkinnassa, luotettavuus tutkitun kannalta, sekä saturaatio (Kananen 2011, 71). Tutkimuksessani arvioitavuus ja dokumentaatio syntyvät pitkälti aihealueen teemojen luomista teoreettisista lähtökohdista suhteessa haastattelumateriaalin litterointiin. Kappale neljä *4 kuntoutus psykiatriassa*, käsittelee työssäni teoreettista lähtökohtaa ja liitteet antavat samaisen teemojen näkemyksen itse rajapintatyön tekijöiltä. Tämän opinnäytetyön luotettavuustekijöihin voitaneen myös mainita työelämä osapuolen opinnäytetyöni arviointi ja toteaminen siitä, ettei työn toiminnassa ja tutkimuksen tuloksissa näkynyt ristiriitoja.

Ristiriidattomuus olikin haastavampi kohta. Tutkimusta tehdessäni yksin ja anonymiteetin takaamiseksi, yhteistyö tulkinnan selventämiseksi materiaalista oli vaikeaa. Luotettavuus tekemäni tutkimuksen eteen oli kuitenkin tärkeää säilyttää, joten ainoastaan ohjaavan opettajan apua käytettiin.

Aiheen ollessa melko ainutlaatuinen, saturaatio oli tutkitun aiheen kohdalla toinen haasteellinen kohta. Tässä kohtaa korkeaa saturaatiota ei edes tavoiteltu, koska se ei olisi ollut oleellista ainutlaatuisten näkökantojen esilletuonnissa. Jotta anonymiteetti ei selviäisi, tuli pienestä ryhmästä otoksen olla myös melko pieni. Tämän tutkimuksen kohdalla neljä haastateltavaa riittivät.

Tehdessäni opinnäytetyötä Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) toimialueelle viisi (TA5), kuului prosessiin tutkimusluvan saanti koulun lisäksi myös sairaanhoitopiiriltä. Tutkimussuunnitelma tuli lähettää saatekirjeineen, haastattelukysymyksineen ja esitetyt PSHP:n lupa-anomuksineen opetusylihoitajalle. Tämä prosessi hidastutti aikataulutustani, mutta vahvisti myös eettistä pohjaa opinnäytetyölleni.

Vapaaehtoisuuteen perustuva haastattelu työajan puitteissa ei luonut haasteita haastateltavien saamiseen. Pääsääntöisesti rajapintatyöryhmän aloittaessa hankkeena, on kehittämisen ilmapiiri ollut aina osa työkuultuuria ja näin ollen haastattelut koettiin tervetulleiksi. Myös tulosten ja teoksen esittelyä odoteltiin jo innokkaasti haastateltujen henkilöiden toimesta.

Luvan saatuaani molemmilta organisaatioiden osapuolilta, etenin vaiheissani teemojen esittelemiseen haastateltaville. Kuten myös tarkoituksenani oli, toimintaani ohjasi seuraava periaate: eettisyyden, sekä tiedonsaannin määrän kannalta tärkeätä on, että haastatteluiden aihe esitetään haastateltaville etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73). Aihe ja haastatteluiden teemat esiteltiin saatekirjeellä (ks. liite 1) haastateltaville hyvissä ajoin ennen haastatteluiden tekemistä.

Saatekirjeen ohella lähetin haastateltaville suostumuslomakkeen (ks. liite 2), sekä toiveen haastatella moniammatillista henkilöstöä. Moniammatillisuuden tarkoitus oli saada monipuolisia vastauksia ja erilaisia näkökantoja vastauksiin. Edellisten vaiheiden jälkeen sovin haastattelupäivän ja tarpeeksi aikaa haastattelujen tekemiseen sekä nauhoittamiseen.

Haastattelukysymykset olivat muodoltaan avoimia, jotta tieto olisi mahdollisimman objektiivista ja johdattelematonta. Ei-dikotomisiet (eli jaottelematomat) tiedot tuottavat myös enemmän tietoa (Kananen 2011, 57). Haastattelukysymykset olivat laajojen teemojeni vuoksi hieman pitkiä. Tämä loi haastetta haastatteluiden aihealueessa pysymiseen. Muutamana kertaan haastattelukysymystä joutui tarkentamaan tai selventämään, ja vaikka olinkin tähän jo ennakolta varautunut, tajusin jo heti ensimmäisen haastattelun kohdalla kysymyksieni olevan liian komplekseja ja monitasoisia.

Kysymysteni laajuudesta huolimatta haastateltavan aito kuuleminen oli kuitenkin päämääräni, joten en keskeyttänyt yhtään haastattelua tarkentaakseni tai ohjatakseni haastattelun suuntaa, vaan annoin haastateltavan puhua asiansa loppuun ja tarkensin vasta tämän jälkeen kysymystäni jos siihen aihetta oli. Näin toteaa myös Tuomi & Sarajärvi (2009): Avoimessa haastattelussa ilmiö on jo tiedossa, eli se on ilmiökeskeinen. Tämä helpottaa tutkijaa hahmottamaan tutkimaansa ilmiötä. Tämä johtaa haastattelun suuntaa, mutta avoimessa haastattelussa sallitaan tutkijan intuitiiviset ja kokemusperäiset lähestymiset. Tehtävänä tutkijalla onkin pitää haastattelu aiheessa ja eheänä, mutta antaa haastateltavalle mahdollisuus puhua vapaasti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 76.)



Tuloksia kirjoittaessani pyrin pitämään myös Tuomi & Sarajärven (2009, 158) luettelemat asiat tiiviisti esillä: Tuloksia kirjoittaessa tulee tarkistaa onko tutkimusongelmiin/tutkimustehtäviin vastattu. Tulokset esitetään tutkimustehtävitäin mahdollisimman selkeästi ja yksinkertaisessa muodossa. (Hirsjärvi, Remes & Sarjavaara 1997.)

## 8 AIKATAULU

Tehdessäni tutkintosuunnitelmaa havainnoin aikataulutustani toteutumisen edistämiseksi. Taulukossa (ks. taulukko 1) olen havainnoinut kronologisessa järjestyksessä tehtävien mukaiset suunnitellut aikataulut. Ensimmäisessä sarakkeessa on lueteltuina tehtävät, toisessa päivämäärät johon mennessä tehtävä tulee olla suoritettu ja viimeisessä aikataulun toteutuminen.

Aikatauluni toteutui käytännössä hieman vaihtelevasti. Suunnitelman mukainen järjestys muuttui heti alkuvaiheen jälkeen ja opinnäytetyön vaiheet menivät ristiin jo lupa-anomuksen kohdilla. Koska kahden organisaation luvat olivat hoidettava ennen haastatteluiden tekemistä, aiheutti tämä suurimman syyn aikataulujen venymisille. Tämän jälkeinen ketjureaktio oli siis estämätöntä ja ennakointi lupien saamisen hitaudelle olisi pitänyt osata arvioida jo lähtökohdissa.

Opinnäytetyön teemat olivat kuitenkin tiukat ja materiaali oli ennen lokakuuta saatu litteroitua. Käytännön työstäminen opinnäytetyössä tapahtui pääsääntöisesti kokonaan syys- ja lokakuussa melko intensiivisessä aikataulussa. Positiivisena puolena aikataulun tiukkuudessa oli se, että aihealue oli jatkuvasti työmuistissa ja etenemisvaiheet pysyivät kaiken aikaa pakostakin mielessä. Negatiivisena seikkana aikataulun tiukkuudessa oli se, että aiheen kypsyttely jäi hieman väljäksi.

## 9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Pyrkiessäni haastatteluiden olemaan johdattelemattomia, kysymyksien tulkinnoista riippuen haastateltavat toivat mietteitään esille siten, että materiaalista ilmenee nykyisiä rajapintatyön työmuotoja, vahvuuksia, tarpeita, haasteita ja visioita suhteessa yhteiskuntaan. Miettiessäni haastattelukysymyksiä uudelleen jälkeinpäin, ei vastauksista voi muuta oikeastaan olettaakaan. Tutkimuksen tuloksia on pyritty elävöittämään lisäämällä haastateltavien suoria lainauksia.

### Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu

Palveluohjauksesta haastateltaessa kaikki neljä henkilöä (100 %) totesivat että palveluohjauksen periaatteita löytyy rajapintatyöstä. Kaksi henkilöä neljästä (50 %) haastateltavista totesivat palveluohjauksen periaatteiden ohjaavan työn tekemistä.

*”mut jotenkin noihin panostetaan minusta oikeen kovasti kun ajattelin niitä muita mitä luettelit, kun ne on hyvin toimintaa ohjaavia periaatteitakin tietyllä tavalla.”*

Muita palveluohjaukseen liittyviä yksittäisiä voimavarakeskeisiä huomioita rajapintatyössä olivat perhekeskeisyys, toiminnan nopeus, erikoisosaaminen osa suunnittelua, yhteistyön sujuvuus ja monipuoliset arviot.

Kehitettäviä puolia palveluohjauksessa rajapintatyössä oli muun muassa seurannan vaikeus: kaikki neljä haastateltavaa kokivat puutteita kuntoutumisen seurannassa johtuen erinäisistä organisaatioiden ongelmista.

*”Ja sitten et miten sitä niinkun seurattais, niin tota mehän ei välttämättä kuulla edes näistä potilaista, ... mietitään et mitä se ois, ja sitten jatkohoitoon potilas menee johonkin niin me ei välttämättä tiedetä et mitä sitten, ellei se potilas palaudu sitten uudestaan. Et semmosta niinku seurantaa.”*

Informaation kulun ongelmat: kolme haastateltavaa neljästä (75 %) totesivat että eri organisaatioiden tiedonkulun vaikeuksista johtuvista syistä, informaatio ei kulje eri osapuolten välillä. Muita yksittäisiä koettuja haasteita olivat tarve koordinaattorille, suunnitelman vastuun siirtyminen potilaalle, toteuttajatahon mukana olo hoidon suunnitelmaa tehtäessä, sekä objektiivinen taustatietous ja tarve verkostokeskeisyydelle.

#### Kuntouttava työote, palvelujärjestelmän & verkostokeskeisyyden tuloksellisuus

Perhekeskeisyys todettiin kaikkien vastaajien (100 %) kohdalla verkostokeskeisyyden positiiviseksi teemaksi.

*”että, esimerkiksi perheenjäsenet ovat mukana, perhe on mukana tässä sen asiakkaan asioissa niinkun; mikä meillä on ihan perusperiaate”*

Puolet (50 %) vastaajista koki verkostokeskeisyyden näkyvän asiakas- ja omaispalautteessa. Yksittäisiä positiivisia elementtejä ja huomioita aihealueesta rajapintatyössä olivat potilaan kokonaisvaltaisempi huomiointi, tuotoksen ylettyminen pitkälle, yhteistyötahojen tunteminen ennalta, tiedonsaannin lisääntyminen ja monipuoliset ratkaisumallit.

Kehitettävänä huomioina verkostokeskeisyydessä ja sen tuloksellisuudessa suhteessa rajapintatyöhön puolet haastateltavista (50 %) koki tuloksellisuuden olevan preventiivistä, eikä työn tuloksia nähdä vasta kuin tulevaisuudessa. Myös puolet (50 %) koki yhteistyön paranemisen avohuoltoon olevan kehittämisen tarve. Yksittäisiä kehitystarpeita ja haasteita oli: yhteiset kotikäynnit avohoidon kanssa, keinoja asiakkaan markkinointiin jatkohoitoon siirtymisessä ja jalkautumisen vaikeus sairaalan ulkopuolelle instruktiivisista syistä.

#### Moniammatillisuus

Kaikki haastateltavat korostivat moniammatillisuuden merkityksellisyyttä rajapintatyössä, mutta hieman eri tavoin.

*”Se on ihan äärettömän suuri, että täällä tosiaan se korostuu. Me ollaan pieni työryhmä niin se moniammatillisuus; me tehdään kokoajan työtä yhdessä niin se merkitys kyllä korostuu”*

Rajapintatyön moniammatillisuuden elementeistä haastatteluiden pohjalta löytyi seuraavaa: Yhteistyön intensiteetti parantaa potilaan hoitoa ja huomiointia. Eri ammattiryhmät ovat työssä tärkeitä. Samojen ammattiryhmien eri intressit ovat tärkeitä. Oikeat diagnoosit, tukitavat, ja palvelut varmistuvat moniammatillisuuden myötä. Laatu paranee. Tilannetta voidaan tarkastella monipuolisemmin. Työkaverin tuki auttaa. Monipuolisuus ja moniääneisyys näkyvät. Monipuoliset näkökannat tulevat esille. Vahvuutena toimii tiimin pysyvyys ja vahvuuksien tunteminen.

#### Tulevaisuuden laitoshoido

Haastatellut toivat kaikki (100 %) esiin psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarpeen myös tulevaisuudessa. Kolme neljästä (75 %) tarkensivat psykiatrisen sairaalan pysyvän osana psykiatrisen erikoissairaanhoidon tulevaisuutta. Puolet (50 %) toivat näkemyksissään esille myös tulevaisuudessa mielenterveyspalveluiden lisääntyvän integraation kohti potilaan kotiympäristöä avohuollon lisääntyessä.

*”niin mä ainakin ite haluisin olla kotona läheisten, tuttujen seinien ja tavaroiden keskellä kun ehkä aika pelottavassa mielisairaalan osastossa.”*

Yksi haastateltavista toi myös esiin näkemyksen siitä että vuodepaikat psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa eivät enää tule (Pirkanmaalla) tästä vähentymään. Yksittäisinä ilmiöinä palveluohjaus, verkosto- ja perhekeskeisyys nähtiin myös lisääntyvän.

Haasteita ja ongelmia visioille tulevaisuudessa haastateltavat toivat esille seuraavasti: Psykiatrisen sairaala on huono nimi (luo laitostumisen mielikuvan). Laitos on luonnoton paikka kuntoutua. Resurssikysymykset ovat haaste tulevaisuudessa pakollisten palveluiden (kuten CT-kuvaus) saamiseen avohuollon ympäristöön.

*”mutta mistään tinkimättä potilas saa pään CT-kuvauksen tai mitä se tarvii, kaiken sen mitä se sais osastolla”*

Muita olivat palvelujärjestelmän pirstaleisuus, tiedonkulku ja organisaatioiden kilpaileva asenne toisiaan vastaan.

Myös ehdotelmia tulevaisuuden visioiden ongelmiin tuli haastatteluista ilmi: Koko psykiatrinen järjestelmä siirtyisi yhden organisaation alle. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito sulautuisivat yhteen. Psykiatrisen sairaalan nimi vaihdettaisiin kriisikeskukseksi (ei antaisi laitostumisen leimaa ja kuvaisi paremmin tarvetta).

*”mieluummin vaikka saman organisaation alla koko tää psykiatrinen järjestelmä; että on ihan hölmöä että tässä suunnitellaan jotakin, tossa kunnassa suunnitellaan jotain ja täällä sairaanhoitopiirissä suunnitellaan, ja ihan omia juttuja.”*

## 10 POHDINTA

Kuntoutusohjauksen- ja suunnittelun koulutusohjelma herätti minut ajattelemaan psykiatrisen laituskuntoutuksen mahdollisuuksia aiempaa laajalaisemmin. Palvelurakennemuutosten, säästämistarpeiden ja globaalin taloustilanteen heijastumiset vaikuttavat niin mielenterveyspalveluiden, kuin muidenkin sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseen nyt ja varmasti myös tulevaisuudessa. Rajapintatyöryhmässä harjoittelussa ollessani keväällä ja syksyllä 2010, jäin ihmettelemään miksei psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa kliinisen sairauskäsitteen taustalle ole jo aiemmin syntynyt kokonaiskuntoutusta huomioivampaa mallia. Rajapintatyö tuntui melko uniikilta, eikä työmallista sairaaloissa ollut tehty aiempia isompia tutkimuksia. Koulutusalani ja uudehkon psykiatrisen työskentelymallin yhtenevät työnkuvat synnyttivät idean ottaa asia puheeksi RAPI:n osastonhoitajan Tarja Tammentien kanssa. Näistä sei-

koista syntyi sekä toimeksiantaja työlleni, että opinnäytetyöni käsiteltävät kuntoutuksen teemat.

Opinnäytetyöni prosessi on ollut alkuvaiheissa pitkä ja hidas, mutta loppuvaiheessa erittäin intensiivinen. Ensimmäinen ideani oli lähteä tarkkailemaan rajapintatyön vaikuttavuutta nuorten aikuisten kohdalla keskittyen erityisesti rajapintatyöryhmän intensiiviyksikköön. Tavoitteeni olivat kuitenkin liian korkealentoiset ja byrokraattiset esteet tekivät toteutuksesta mahdottoman. Haastatteluiden tekeminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirin asiakkaille ei ollut mahdollista. Tästä ajatuksesta oli vaikea päästää irti ja erilaisia lähestymistapoja yritettiin löytää, mutta turhaan. Uusi strategia syntyi ohjauskeskustelussa keväällä 2012. Tästä eteenpäin työni etenemisessä rupesi vasta tapahtumaan oleellisia edistysaskeleita.

Olen nyt tyytyväinen että uusi suunnanmuutos tuli tehtyä. Opinnäytetyöni valmistui tavoitteideni mukaisesti, vaikka takaraivooni jäi kuitenkin vielä elämään pieni palo rajapintatyön tuloksellisuuden havainnoinnista. Tästä huolimatta ajatukseni työni lopputuloksista kulkivat erästä haastateltavaa seuraavasti lainaten: *”Meillon tällänen periaate, et kyllä tästä hyvä tulee!”*

## 10.1 Tulokset

Tuloksia haastatteluista syntyi paljon. Puhtaaksi kirjoitettua tekstiä syntyi noin kolme tuhatta sanaa, eli vajaa puolet tämän koko opinnäytetyön tekstistä. Litterointien jälkeen teemojen ohjaamat asiakokonaisuudet tulivat kuitenkin hyvin esiin. Kaikissa haastattelukysymyksissä vastaukset eivät syntyneet suoranaisesti kysytystä aiheesta; myös muista vastauksista tuli paljon tarpeita, kehittämisen kohteita ja näkemyksiä tulevaisuudesta. Tämä oli teemahaastattelun tulosten kirjoittamisessa haaste. Kuitenkin näkemys tuloksista antaa ymmärtää, että teemat palvelivat toisiaan ja kysymyksiin tuli vastauksia sekä teoria-tietoon nojaten, että työn kehittävästä näkökulmasta.

### Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu & toteutus

Palveluohjauksen tulevaisuuden tarpeesta psykiatrisessa sairaanhoidossa Notko (2006, 64) tuo esille saman tarpeen yhden haastattelun kanssa.

*”Niinkun palvelujärjestelmä on pirstaleinen tavallaan, että se vaatii sitä palveluohjausta, jo pelkästään jonkun asiantuntijan että pystyy ohjaamaan asiakkaan johonkin palveluun”*

Kaikki työntekijät toivat palveluohjauksesta ja kuntoutuksen suunnittelun näkyvyydestä yhteneviä elementtejä esille ja totesivat rajapintatyön olevan pitkälti asiakas- ja perhelähtöistä, sekä suunnitelmallista mielenterveystyötä.

*”Tota, näkyy, siinä mielessä että työhän on oikeestaan kokoajan yhtä suunnitteleminen.”*

*”Ja sitten se niinkun perhekeskeisyys myös tukee sitä että miten tää koko perhe selviää siinä arjessa kun yksi on sairastunut psyykkisesti.”*

Palveluohjausten periaatteiden näkyessä on tutkimuksen tuloksista havaittavissa, että haasteellisena sekä kehitettävänä kohtana kaikki haastateltavat toivat esiin tarpeen kuntoutumisen seurannalle. Olennaista on keiden kanssa suunnitelma laaditaan, kuka tai ketkä kantavat vastuun toteutuksesta ja kuinka etenemistä seurataan (Järvikoski & Karjalainen 2008, 87). Seurannan sanottiin olevan vaikeaa lyhyiden asiakkuuksien vuoksi ja jatkohoidon hajautuessa moniin organisaatioihin. Itselleni suunnitelman seurannan vaikeus ja yhteistyön toimiminen eri organisaatioiden välillä tuntui painavan haastatteluiden taustalla yhdestä isoimpana ongelmana. Tähän ongelmaan ei oltu varsinaista ratkaisua saatu. Seurannan merkitys korostuu erityisesti nuorilla, jolloin sairauden vähättely ja lääkevastaisuus aiheuttavat harmittavan usein uudelleen sairastumisia (relapseja). Yksi haastateltavista totesi, että seurantaan etenkin nuorten kohdalla on pyritty panostamaan hieman lisää eri yhteistyötahojen kanssa. Suunnitelmien seuranta ei kuitenkaan missään nimessä ollut vielä sen ansaitsemalla tasolla.

#### Kuntouttava työote, palvelujärjestelmän & verkostokeskeisyyden tuloksellisuus

Haastatellessani kuntouttavasta työotteesta ja verkostokeskeisyyden tuloksellisuudesta, kertoivat haastateltavat pitkälti perhekeskeisistä työskentelytavoista ja saamastaan asiakaspalautteesta. Tämä oli kohdista ainoa, minkä olisin

heti haastatteluiden loputtua muuttanut toisenlaiseksi. Tulokset tulivatkin lopulta monista eri kysymyskohdista ja olivat kyllä avartavia, mutta eivät osuneet täysin tavoitteeseeni. Kysymyksen aihealue "kuntouttava työote" ei auennut itselleni tuloksissa juuri lainkaan. Tämä pistikin pohtimaan, että onko työelämässä kuntoutuksen työntekijöille aihe kuntouttavasta työotteesta enemmän itsestäänselvyys eikä sitä osata tämän vuoksi avata erikseen, vai oliko kysymyksen turhan monimutkainen?

Potilaan hoidosta sairaalahoidossa ja avohoidossa vastaavat henkilöt vastaavat kumpikin osaltaan palveluiden saumattomasta ketjuuntumisesta (Mielen-terveyspalveluiden laatusuositus 2001, 29). Verkostokeskeisyydestä ja palvelujärjestelmästä haastateltavat antoivat monenlaista sekä positiivista että negatiivista palautetta. Yhteistyö verkostokeskeisyydestä nähtiin mahdollisuutena, mutta yhteistyön lisäämistä toivottiin paljon lisää.

*"mun mielestä pitäis lisätä yhteistyötä avohoidon toimijoitten kanssa. Rajapintatyössä se näkyis ehkä kotikäynneissä, yhdistettyinä kotikäynteinä avohoidon työntekijöiden kanssa"*

Tuloksellisuus rajapintatyössä nähtiin ennaltaehkäisevänä (preventiivisenä), joka on yhteiskunnallisesti vaikeaa todistaa toiminnan kannalta edukseen. Tämä on mielestäni sosiaali- ja terveyspalveluiden yksi suurimmista kompastuskivistä. Palveluista harvemmin halutaan maksaa, jos sen tulos ei näy välittömästi kuntoutumisessa. Myöskään preventiivistä työtä mahdollisten relapsien suhteen on erittäin vaikeaa osoittaa, vaikka tämä on yksi tulevaisuuden suurimmista tarpeista. Aihealue preventiivisestä mielenterveystyön tulevaisuudesta on nostettu myös kansainvälisesti painopistealueeksi (Laajasalo & Pirkola 2012, 13).

*"Siinä pitää ajatella pitempiaikaisia tuloksia, niitä kunnollisia tuloksia ... mutta ne monta kertaa kunnon tulokset, ne tulee vasta myöhemmin"*

### Moniammatillisuus

Haastatteluissa rikasta antia tuloksissa herätti moniammatillisuus. Tämä työskentelymuoto toi monia erittäin positiivisia kokemuksia ja voimavaroja rajapin-



tatyössä toimimisessa. Moniammatillisuuden ominaisuuksista tieteellisessä artikkelissa kirjoittaneet Tzenalis & Sotiriadou (2010, 52–53) toivat monia samaisia huomioita esille rajapintatyöntekijöiden kanssa: näitä olivat muun muassa eri perspektiivit, eri vahvuuksien tunteminen ja toisten tukeminen.

*”Että tulee eri näkökulmat tarkasteltua ja sitä potilaan tilannetta mahdollisimman monipuolisesti, et me saadaa tuettua toinen toistamme, päädytään mahdollisimman oikeisiin hoitotapoihin ja tukitapoihin ja jatkosuosituksiin.”*

*”se merkitys on se moniäänisyys, monipuolisuus ja vaikka jos aatellaan omaa ammattiryhmää, mä saatan nähdä sen jostain vinkkelistä, kun sit taas vaikka sosiaalityöntekijä näkee toisesta vinkkelistä ja sitten potilas tarvii kuitenkin monenlaisen osaamisen niinkun apuun.”*

*”ja mitä intensiivisempää se on niin sitä paremmin potilas tulee hoidettua ja huomioiduksi.”*

Itselleni lisää moniammatillisuuden vivahteista ja mahdollisuuksista avasi myös yhden haastateltavan mielipide siitä, että myös erilaiset intressit saman ammattiryhmän kesken avartavat moniammatillisuutta. Tämä luo myös mahdollisuuden asiakkaalle: mitä osuvampi työkokemustausta kuntoutusta suunniteltaessa työntekijällä on, sen paremmin kokonaiskuvaa pystytään hallitsemaan.

*”voi olla vähän erilainen viitekehys ja erilainen lähtökohta josta tarkastellaan jotain asiaa jolloin me saadaa näkökulmia tuosta niinkun aika tavalla”*

### Tulevaisuuden laitoshoido

Tulevaisuuden laitoshoidossa mietteet olivat jakaantuneet mielenkiintoisesti. Selvästi paikoitellen oli itselleni havaittavissa konteksti jossa työntekijä itse oli, tämän tehdyn työn historia, tärkeys, sekä sen tulevaisuus.

Useassa kohtaa haastattelua haastateltavat halusivat tuoda esille erikoissairaanhoidon ja sairaalamaailman tarpeenomaisuuden, vaikka he samalla ymmärsivätkin palvelujärjestelmän muutospaineet kohti avoimempaa muotoa.

*”Sairaalamaailma tulee jatkumaan, mutta se niinkun tää tulee lisääntyy tää perhekeskeisyys ja tää verkostoiden, verkostoitumisen lisääntyminen tulee näkyyn.”*

Haastateltavien vaihtuessa, tulevaisuudesta kysyminen tuntuikin itsestäni kaiken aikaa hieman ahdistavammalta kysymykseltä kuin aiemmin. Kaikki haastateltavat tuntuivat olevan hyvin valveutuneita tilanteesta, jota myös mediassa useasti nykyään käsitellään: laitoksia puretaan ja palvelut siirtyvät entistä voimakkaammin kuntien järjestettäväksi.

*”Kyllähän se on ollut jo pitkään muutoksessa ja uskon että muutos tulee jatkumaan edelleen.”*

*”Mut että jotenkin silti mä näen visioissanikin et me tarvitaan melkein tämä määrä sairassijoja mitä meillä nyt on, kun kaikki tilanteet ei kerta kaikkiaan ihan hoidu siellä avohoidon puolella”*

Kysyminen tulevaisuudesta aiheutti siis itsessäni pientä aiheen välttelyn halua. Vastausten taustalla kuitenkin jokainen työntekijä tunsu ymmärtävän muutospaineen ja avohuollon merkityksen psykiatrisen asiakkaan kuntoutumisessa. Tämän vuoksi aihealueen käsittely kuitenkin tuntui samaan aikaan myös tärkeältä.

*”kuntoutus teemana, niin se tapahtuu sitten siinä asiakkaan elinympäristössä, missä hän asuu, että se laitos ei oo oikeestaan se mitenkä, et se on vähän luonnoton paikka kuntoutua.”*

Myös useita mielenkiintoisia muutosehdotuksia, sekä yhteneviä mietteitä teoriaosuuteni kanssa tuli esille muun muassa seuraaviin aihealueisiin: pirstaleinen järjestelmä, laitostumisen käsite, resurssit, sekä palveluiden integroituminen ja yhteistyö.

*”sellasena yhtenä portaana tätä kokonaisuutta, ja että se olis vaan se tietty jakso joka olis sitoutunu muihin verkostojen jäseniin riittävän hyvin. Et siellä ei o sitä, niitä välejä; tipahtamispaikkoja.”*

*”Ja sit sen sairaalan pitäis oikeestaan olla niinkun kriisikeskus nimellä. ... paljon paremmin kuvais tätä päivää: sairaala on huono nimi. Psykiatrinen sairaala antaa heti sen laitostumisen niinkun leiman.”*

*”avohoidossa tapahtuvaa, ... psykoottiset potilaatkin niin, et olis rohkeutta hoitaa heitä siellä kotona ja olisi niinkun riittävästi henkilökuntaa ja pätevää henkilökuntaa tekemään sitä työtä”*

*”konsultaatioita tehdään ja jos ajattelee ihan perusterveydenhuoltoa ... mutta siis jos visioisi niin sehän olisi se organisaatiomuutos elikkä oltais sitä samaa organisaatiota, niin se olisi ihanteellinen. Koska silloin tiedonvälitys olisi sujuvampaa ja monet asiat menisi sujuvammin kerta kaikkiaan.”*

Kaiken kaikkiaan tulokset tulevaisuuden visioista eivät yllättäneet minua. Itse työskennellessäni pitkään haastavimpien kehitysvammaisten parissa, ymmärrän vähintäänkin saman tarpeen olevan myös mielenterveyspuolella. Lisäksi vaativan laitteiston ja tutkimusmenetelmien saaminen asiakkaan avohoidon palveluihin, sekä huomioituna itse asiakkaan voimavarat; on selvää että visio myös laitoshoidon jatkumisesta jollain tasolla oli haastateltavilla edelleen kirkas. Kuitenkin oli myös hienoa nähdä tietty kriittisyys laitoshoidon järjestämisen haittoja kohtaan, kuten tuntematon ympäristö ja ihmiset. Tämä loikin minulle näkemyksen rajapintatyön osuvuudesta juuri näiden kahden sektorin väliin, mikä kaiken tämän muutoksen keskellä juuri nyt korostuu.

Teemat ja teorial tietous, joihin haastatteluillani pyrin vastaamaan ja tuomaan esiin ilmiöitä, onnistuivat pysymään työni taustalla eheänä kokonaisuutena. Teemakysymysten monimutkaisuus loi sekä haastatteluihin, että tulosten suodattamiseen pienimuotoisia hankaluuksia. Aikataulun suunnittelemisen ja siitä kiinnipitäminen taustavaikuttajat huomioiden, olivat toinen haasteellinen kohta opinnäytetyöni valmiiksi saamisen kannalta. Ajattelen kuitenkin ihmisen oppi-

van virheistään ja näin ollen vastoinikäymisiä myös opinnäytetyön tekemisessä tulee olla ja niitä tulee avoimesti myös arvioida.

Tämä opinnäytetyö antoi itselleni paljon uudenlaista kokemusta ilmiöiden, mielipiteiden ja kokemusten tutkimiseen ja niiden neutraaliin arviointiin suhteessa jo valmiiksi tutkittuun tietoon. Olen iloinen että tämä opiskelijan ja työelämän rajapinta aikuisopiskelijana tuli tutkittua. Kokemukset pitkäaikaisen opinnäytetyöprojektin valmistumisesta antavat varmasti lisää panosta myös tulevaisuuteen toimiessani uudessa ammatissa tulevana kuntoutuksen ohjaajana.

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Aikatauluhavainnoija

Tehtävä	Päivämäärään mennessä	Toteutunut aikataulussa
Opinnäytetyösuunnitelman palautus ohjaavalle opettajalle	15.4.2012	x
Lupa-anomukset ja sopimukset JAMK & PSHP -tahoilta	30.5.2012	-
Teemahaastatteluiden rakentaminen	30.6.2012	-
Haastatteluiden nauhoittaminen ja puhtaaksikirjoitus	31.8.2012	-
Teoriatiedon etsintä ja puhtaaksikirjoitus	31.10.2012	x

## TAULUKKO 2. Teemat, kysymykset ja aineiston purku (vaihe 1)

Asiateemat, kysymykset ja typistetyt vastaukset joista merkittävät seikat alleviivattiin (yhden haastattelun)			
1.	2.	3.	4.
<i>Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu &amp; toteutus</i>	<i>Kuntouttava työote &amp; verkostot, sekä palvelujärjestelmän yhteistyö</i>	<i>Moniammatillisuus</i>	<i>Tulevaisuuden laitoshoito</i>
<p>a) Näkykö (yksilökohtaisen) palveluohjauksen periaatteita rajapintatyöryhmän työskentelyssä, ja jos niin millä tavoin?</p> <p>b) Tapahtuuko rajapintatyöryhmässä kuntoutuksen suunnittelua, toteutusta ja seurantaa? Ja jos niin onko se tarpeenmukaisella tasolla ja mitä voisi parantaa?</p>	<p>Pohjustus: Rajapintatyössä tehdään perhekeskeisellä ja verkostokeskeisellä periaatteella kuntoutusta, siten että tarvittaessa jalkautaan koteihin ja yhteistyötä toteutetaan myös kunnan/yksityisten tarjoamien palveluiden parissa.</p> <p>Kysymys: Näkykö kuntouttava työote, perhekeskeisyys ja muun psykiatrisen palvelujärjestelmän yhteistyö mielestäsi Rajapintatyön tuloksissa? Entä millä tavoin?</p>	<p>Mikä on mielestäsi moniammatillisuuden merkitys rajapintatyöryhmässä?</p>	<p>Millaisena visiona näet tulevaisuudessa laitoshoidon merkityksen osana psykiatrasta kuntoutusta? Korostuuko mielestäsi jotkin osa-alueet (kuten avohuolto, yhteistyö esh/pth palveluissa, konsultoinnit tms.)?</p>
<p>a) <u>Kyllä, ja hyvin vahvasti näkyy.</u> Etä, ...</p> <p>b) Sitten se tietysti etä, ...</p> <p>Kyllähän niitä <u>välillä vaan tulee niitä informaatiokatkoksia</u> sitten että niinkun ei vaan <u>ettei välttämättä saa niitä yhteisiä aikoja sovittua</u>, että on sen ...</p>	<p>Siinä pitää <u>ajatella pitempiaikaisia tuloksia</u>, niitä kunnollisia tuloksia, ... Mut meillä on <u>tosi selkeesti tää perhekeskeisyys ja verkostokeskeisyys</u> ja ...</p> <p>(alkuperäiset vastaukset poistettu anonymiteetin säilyttämiseksi)</p>	<p><u>Potilaan hoidon laadun varmistaminen.</u> Että tulee <u>eri näkökulmat</u> tarkasteltua ja ...</p>	<p>Kyllähän se on ollut jo pitkään <u>muutoksessa</u> ja uskon että <u>muutos tulee jatkumaan edelleen...</u></p> <p><u>... kaikki tilanteet ei kerta kaikkiaan ihan hoidu siellä avohoidon puolelle</u>, että on kuitenkin aika <u>vaativia tilanteita</u>, ...</p> <p>... jossakin määrin on konsultaatioita tehdään ja jos ajattelee ihan perusterveydenhuoltoa...</p>

## TAULUKKO 3. Tiivistäminen ilmiöihin (vaihe 2)

Asiateemat ja ensimmäinen tiivistys vastausten alleviivauksista (yhden haastattelun)			
1.	2.	3.	4.
<i>Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu &amp; toteutus</i>	<i>Kuntouttava työote &amp; verkostot, sekä palvelujärjestelmän yhteistyö</i>	<i>Moniammatillisuus</i>	<i>Tulevaisuuden laitoshoito</i>
<p>a) Vahva näkyminen</p> <p>Seurannan ja uudelleenarvioinnin vaikeus vaihtelevien hoitoaikojen vuoksi</p> <p>Käsitteet ovat toimintaa ohjaavia periaatteita</p> <p>b) Erikoisosaaminen osana kuntoutuksen suunnittelua</p> <p>Puitteiden mukaan arviointi ja sen mukainen kuntoutuksen suunnittelu</p> <p>Yhteistyö jatkohoitoon siirryttäessä; sujuvat vaihdot ja monipuoliset jatkotarpeen arviot &amp; suositukset</p> <p>Parannettavaa informaation kulussa ja yhteisten aikojen sovittelussa</p> <p>Tapaamisissa ongelmana myös etäisyyksien tuomat haitat</p> <p>Eri potilastietojärjestelmät: PTH/ESH välisten organisaattorajojen häviäminen olisi ihannetilanne</p>	<p>Tulokset näkyvissä pitemmän ajan päässä</p> <p>Perhekeskeisyys ja verkostokeskeisyys on toimivaa</p> <p>Yhteistyötahojen hyvä tunteminen</p> <p>Monipuolinen ratkaisumallin löytäminen</p> <p>Tiedonsaannin lisääntyminen verkostotapaamisissa on tulos</p> <p>Pääsääntöisesti yhteistyö toimivaa ja tulosta tuottavaa</p>	<p>Potilaan hoidon laadun varmistaminen; oikeat diagnoosit, paras mahdollinen apu</p> <p>Tilanteen tarkastelu monipuolisesti; oikeat tuki- ja hoitotapojen, sekä suositusten löytäminen</p> <p>Työkaverin tukeminen</p>	<p>Muutos jatkuu edelleen</p> <p>Ihanne olisi mahdollisimman paljon kotiympäristössä hoito ja vähäinen osastohoito; vaatisi resursseja paljon enemmän pätevyyden ja henkilömäärien turvaamiseksi</p> <p>Erikoissairaanhoidon laadun takaus erityyppisissä ja hankaloissa tapauksissa välttämätön</p> <p>Sairaansijojen nykyinen määrä tarpeen myös visioisani</p> <p>Samaksi organisaatioksi muutos PTH/ESH olisi ihanne; tiedonkulun paraneminen jne</p>

## TAULUKKO 4. Tiivistäminen ilmiöistä elementteihin (vaihe 3)

Asiateemat, sekä löydettyt ilmiöt ja elementit ensimmäisestä tiivistyksestä (yhden haastattelun)			
1.	2.	3.	4.
<i>Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu &amp; toteutus</i>	<i>Kuntouttava työote &amp; verkostot, sekä palvelujärjestelmän yhteistyö</i>	<i>Moniammatillisuus</i>	<i>Tulevaisuuden laitoshoito</i>
<u>Vahvuudet ja elementit:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Periaatteet näkyvät vahvasti</li> <li>Käsitteet ohjaavat toimintaa</li> <li>Erikoisosaaminen osa kuntoutuksen suunnittelua</li> <li>Tarpeenmukainen arvio ja sen mukainen suunnittelu</li> <li>Yhteistyön sujuvuus, monipuoliset arviot ja suositukset jatkohoitoon siirryttäessä</li> </ul> <u>Parannettavaa ja ongelmat:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seurannan ja uudelleen arvioinnin vaikeus hoitoaikojen vuoksi</li> <li>Informaation kulku ja yhteisten aikojen sovittelet, sekä etäisyydet</li> <li>Organisaatiorajat ja eri potilastietojärjestelmät</li> </ul>	<u>Vahvuudet ja elementit:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perhekeskeisyys ja verkostokeskeisyys</li> <li>Yhteistyötahojen tunteminen ennalta</li> <li>Monipuoliset ratkaisumallit</li> <li>Pääsääntöisesti yhteistyö toimii ja tuottaa tulosta</li> <li>Tulokset näkyvät tiedon saannin lisätyessä</li> </ul> <u>Parannettavaa ja ongelmat:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Isommat tulokset näkyvät vasta pitkän ajan päässä</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laadun varmistaminen</li> <li>Oikeat diagnoosit</li> <li>Monipuolinen tilanteen tarkastelu</li> <li>Oikeat tukipalvelut, suositukset ja hoitotavat</li> <li>Työtoverin tuki</li> </ul>	<u>Näkymät:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Erikoissairaanhoidon tarve laduntakaamiseksi välttämätön</li> <li>Vuodepaikamäärät pysyvät ennallaan</li> <li>Muutos jatkuu edelleen</li> </ul> <u>Tarpeet / Haasteet:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoidon lisäämisen mahdollistaminen kotiympäristöön; johon resursseja</li> <li>Tiedonkulun paraneminen</li> <li>Organisaatiomuutos, PTH/ESH sulautuisi</li> </ul>



## TAULUKKO 5. Asiakokonaisuuksien segmentit kaikista vastauksista (vaihe 4)

Teemat	Vastausten yhteenvedokset elementeistä (kaikkien haastatteluiden tulokset)
<p><b>1.</b></p> <p><i>Palveluohjaus ja kuntoutuksen suunnittelu &amp; toteutus</i></p>	<p>Palveluohjauksen periaatteet näkyvät rajapintatyössä voimakkaasti ja ne ohjaavat toimintaa. Kuntoutusta suunnitellaan potilaan ja lähiomaisten tarpeet huomioiden (mm. HOSU/neuvottelut).</p> <p>Joustavuus ja nopeus kuvaavat hoidon suunnittelua ja toteutusta.</p> <p>-----</p> <p>Kuntoutumisen seuranta ja uudelleen arviointi ovat vaikeita; tarvetta verkostokeskeisyydelle ja objektiiviselle informaatiolle. Hankaloittavia tekijöitä lyhyet "asiakkuudet", informaation kulku- ja saamisen vaikeus, organisaatorajat, eri potilastietojärjestelmät ja aikataulut &amp; etäisyydet.</p> <p>Tarpeena on suunnitelman toteuttajavastuun ottaminen, sekä asiakkaalta itseltään että tulevalta hoitotaholta. Myös seurannan koordinaattoria kaivataan.</p>
<p><b>2.</b></p> <p><i>Kuntouttava työote &amp; verkostot, sekä palvelujärjestelmän yhteistyö</i></p>	<p>Perhekeskeisyys, verkostokeskeisyys, yhteistyötahojen tunteminen, sekä monipuoliset ratkaisumallit toimivat tuloksellisuuden pohjalla.</p> <p>Tulokset näkyvät asiakas- ja omaispalautteissa, sekä tiedonsaannin lisääntymisenä ja asiakkaan kokonaisvaltaisempaan huomioon. Tulokset ovat hyviä ja ulottuvat pitkälle tulevaisuuteen; palaute on tullut suoraan asiakkailta &amp; omaisilta</p> <p>-----</p> <p>Haastavina tekijöinä tuloksellisuuteen ovat yhteistyö avohoidon kanssa, jalkautumisen vaikeus instruktiivisista syistä, tuloksellisuuden preventiivisyys, jatkohoitoon ohjauksen perhekeskeisyyden siirtäminen</p>
<p><b>3.</b></p> <p><i>Moniammatillisuus</i></p>	<p>Moniammatillinen työote näkyy rajapintatyössä voimakkaasti ja koetaan merkittävaksi.</p> <p>Vahvuuksia rajapintatyön moniammatillisuudessa ovat: tuki työtovereilta, oikeat diagnoosit, laadun varmistaminen, monipuolisuus ja moniääneisyys, monipuoliset näkökannat ja eri ammattiryhmät.</p> <p>Rajapintatyön moniammatillisia erityispiirteitä tukevat yhteistyön intensiteetti, samojen ammattiryhmien eri intressit, tiimin pysyvyys ja toisten vahvuuksien tunteminen.</p>
<p><b>4.</b></p> <p><i>Tulevaisuuden laitoshoido</i></p>	<p>Visioissa erikoissairaanhoidon / sairaalan merkitys laaduntakaamiseksi on myös tulevaisuudessa tärkeää; ja sairaala tulee olemaan olemassa jatkossakin.</p> <p>Muutosta avoimempaan muotoon ajaa halu olla tutussa ja turvallisessa ympäristössä. Verkostoituminen, perhekeskeisyys, avohoitoisuus ja palveluiden integroituminen kotiympäristöön tulevat lisääntymään osana muutosta mielenterveyspalveluissa.</p> <p>-----</p> <p>Haasteina nähtiin:</p> <p>Eryistartpeisiin vastaaminen, sekä resurssikysymykset avohoidon piirissä.</p> <p>Tiedonkulku ja kilpaileva asenne organisaatioiden välillä, sekä pirstaleinen palvelurakenne. Kuntoutumisessa laitos on ihmisten mielestä luonnoton paikka ja sairaala nimenä tuo laitostumisen leiman</p> <p>Tarpeet haasteiden mukaisesti:</p> <p>Hoidon lisääminen kodinomaisempaan ympäristöön ja palveluohjauksen lisääntyminen.</p> <p>Tiedonkulun paraneminen organisaatiomuutoksen avulla; PTH/ESH voisi sulautua.</p> <p>Laitoksen välttämättömyys on pakollinen jotta tarpeisiin voidaan vastata. Sairaalan nimen voisi kuitenkin muuttaa kriisikeskukseksi.</p>

## 11 LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management) – uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa: Metteri, A. (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Edita: Helsinki. 16-31.

Bond, G., Williams, J., Evans, L., Salyers, S., Kim, H-W. & Sharpe, H. 2000. Psychiatric rehabilitation fidelity tool kit. Human Services Research Institute & U.S. Department of Health and Human Services.

Brandon, D. & Hawkes, A. (toim.) 1998. Speaking truth to power: care planning with disabled people. British association of social workers. Venture press: Birmingham.

Haarakangas, K. 2002. Keroputaan malli: avoimen dialogin avulla, perheen ja verkoston kanssa. Teoksessa: Haarakangas, K. (toim.) 2002. Mielisairaala muuttuu. Keroputaan sairaalan kokemuksia psykiatrisen hoidon kehittämisessä: avoimen dialogin malli. 1. painos. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, 2002.

Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Stakes & Suomen Kuntaliitto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sarjavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hyttinen, L. 2001. Yhteisellä matkalla. Palveluohjauksen toimintamallia hakemassa. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2011. Kuntoutuksen perusteet. 5., uudistettu painos, 2011. WSOYpro OY, Helsinki.

Järvikoski, A. & Karjalainen, V. 2008. Kuntoutus monitieteisenä ja –alaisena prosessina. Teoksessa: Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos 2008. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. JAMK julkaisuja 111. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 2010.

Koskisuus, J. 2003. Oman elämänsä puolesta. Mielenterveyskuntoutujan työkirja. Helsinki: Mielenterveyden keskusliitto ry ja Edita Publishing Oy.

Kuntoutusselonteko. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2002:6. Helsinki. ISBN 952-00-1105-6. PDF luettavissa: <http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm> Viitattu 15.10.2012.

Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä – ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 47/2012. 79 sivua. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print, 2012.

L 22.9.2000/812. Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöspankki Finlex.fi. Viitattu 17.10.2012.

<http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/2000/20000812>.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöspankki Finlex.fi. Viitattu 17.10.2012. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.

L 30.12.2010/1326. Terveystenhuoltolaki. Valtion säädöstietopankki Finlex.fi. Viitattu 17.10.2012. <http://www.finlex.fi/laki/ajantasa/2010/20101326>.

Lähteenlahti, Y. 2008, Psykoosit. Käsitteistöä. Teoksessa: Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos 2008. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Mielenterveyspalveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO) mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmän esitys. Helsinki, 2001. ISBN 952-00-1037-8.

Nojonen, K. 1990. Psykiatrisen pitkäaikaipotilaan kuntoutuminen. Acta Universitatis Tamperensis. Ser. A; 283.

Notko, T. 2006. Kuntoutus- ja palveluohjauksen mahdollisuudet. Tieteellinen lehtiartikkeli. Janus vol. 14 (1) 2006, 61-66. Luettavissa osoitteessa: [http://www.sosiaalipoliittinenyhdystys.fi/janus/0106/1\\_06\\_Notko.pdf](http://www.sosiaalipoliittinenyhdystys.fi/janus/0106/1_06_Notko.pdf)

Pesonen, A. 2006. Asiakkaiden kokemuksia mielenterveyspalveluista. Kuopion yliopisto. Lisensiaatintutkimus. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisuja. A Tutkimuksia 15. ISBN (10) 952-493-001 (nid.). Juvenes Print Oy. Tampere, 2006

Pihlaja, K. 2008. ”Joka päivä ittesä kuntouttaminen on kova työ”. Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, 2008.

Pirkanmaan sairaanhoitopiiri: Potilaille & läheisille. Rajapintatyöryhmä. www-sivu luettavissa osoitteessa: <http://www.tays.fi/default.aspx?nodeid=10618>. Päivitetty 8.2.2011. Viitattu 11.4.2012.

Riikonen, E. 2000. Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet, kuntoutuminen. Teoksessa Onnismaa, J., Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Ohjauksen lähestymistavat ja ohjaustutkimus. Jyväskylä: PS-Kustannus, 41 – 56.

Riikonen E. 2008. Mielenterveysongelmat. Visio mielenterveyskuntoutuksen kehityksestä 2000-luvulla. Teoksessa: Rissanen, P., Kallaranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. 2. painos 2008. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

Suoranta, J. 2004. Palvelut paremmiksi yksilökohtaisella palveluohjauksella? –Diskurssianalyttinen tutkimus paikallisesta sosiaali- ja terveysjärjestelmästä ja toiminnan kehittämisestä. Pro Gradu-tutkielma. Terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Tammentie, T., Kiviniemi, P., Hasa, M., Kaikkonen, R., Koivuniemi, A., Merimaa, P., Niemi, H., Pöyhtäri, J. & Tuominen, K. 2008. Rajapintatyö psykiatriassa. Kehittämisprojektin loppuraportti. Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisu- ja 10/2008, Tampere.

Terveystieteenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Ajantasainen lainsäädäntö. Luettavissa osoitteessa: <http://www.Finlex.fi>.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9., uudistettu painos. Tammi: Vantaa 2012.

Tzenalis, A. & Sotiriadou, C. 2010. Health promotion as multi-professional and multi-disciplinary work. International Journal of Caring Sciences. Vol 3, Issue 2. 49-55.

Wahlbeck, K., Ekqvist, M., Jäntti, V., Mantere, O., Nevalainen, V., Saarni, S., Stengård, E., Tuori, T. & Wiili-Peltola, E. 2009. Tampereen mielenterveyspalveluiden arviointi. Loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avo-uksia 23/2009. Helsinki 2009.

Vallo, P. 2004. Välittämisen aika. Hyvän mielen talo ry:n Kotikuntoutus-projekti 2000–2004. Loppuraportti. Oulu: Hyvän mielen talo ry.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2009. Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 194/2009. Edita Prima Oy. Helsinki, 2009. ISBN 978-952-499-107-0 (PDF).

## 12 LIITTEET

### Liite 1. Saatekirje haastateltaville

Hei!

Olen kuntoutuksenohjauksen- ja suunnittelun aikuisopiskelija Jyväskylän, sekä Tampereen ammattikorkeakoulusta.

Kvalitatiivisen opinnäytetyöni aiheena on rajapintatyö kuntoutuksen ohjauksen muotona Pitkänien psykiatrisessa sairaalassa. Opinnäytetyö perustuu teemahaastatteluihin.

Haastateltavien otos on neljä henkilöä rajapintatyöryhmästä. Haastattelu tulee olemaan vapaamuotoinen ja lyhyehkö (n. 10-30min). Haastattelukysymyksiä tulee olemaan noin viisi kappaletta.

Haastatteluiden tarkoitus on saada työntekijän näkökulmasta tietoutta ja mielipiteitä rajapintatyön toimintamuodoista, merkityksestä ja tulevaisuudesta.

Haastattelukysymysten teemat liittyvät pitkälti kuntoutuspolkuun, asiakaslähteisyyteen ja muuhun palvelujärjestelmään.

Haastattelu nauhoitetaan, jonka jälkeen sisällönanalyysin keinoin litteroidaan ja klusteroidaan pienempiin osiin. Haastatteluiden tuloksia vertaillaan teorian kanssa ja tuloksia pohdintaan opinnäytetyössä.

Haastattelu on vapaaehtoinen ja anonymiteetti säilytetään eettisyyden takamiseksi.

Kiitos avustasi!

Matias Pajala

## Liite 2. Suostumuslomake

### Suostumuslomake

Haastattelu suoritetaan täysin luottamuksen mukaisesti. Haastattelun tietoja ja nauhoitettua materiaalia käytetään vain kyseessä olevaan opinnäytetyöhön, eikä niitä säilytetä opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Haastateltavan anonymiteetti säilytetään siten että teidän tai muiden henkilöllisyys ei ole tunnistettavissa opinnäytetyöstä.

Annan suostumukseni haastattelun tallentamiseen sekä materiaalin käyttämiseen opinnäytetyöhön yllä olevin ehdoin.

Paikka ja aika: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Allekirjoitus: \_\_\_\_\_

Nimen selvennys: \_\_\_\_\_

Kiitos!

Kuntoutuksenohjaaja opiskelija

Matias Pajala